

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF de  
Pacoval Macapá /AP**

**DAGNERY CISNEROS OTRIZ**

**Pelotas, 2015**

**DAGNERY CISNEROS OTRIZ**

**Melhoria da Atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF de  
Pacoval Macapá /AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família – Modalidade à Distância - da  
Universidade Federal de Pelotas em parceria  
com a Universidade Aberta do SUS, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

O77m Ortiz, Dagnery Cisneros

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF de Pacoval Macapá /AP / Dagnery Cisneros Ortiz; Maria Auxiliadora Santos Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Maria Auxiliadora Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Resumo

OTRIZ, Dagnery Cisneros. **Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF de Pacoval Macapá /AP**. 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, que tem como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Melitus (DM). Estas duas doenças caracterizam-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, devido às complicações que geram. Diante disto, foi realizada uma intervenção na ESF de Pacoval, Macapá/AP, unidade que assiste aproximadamente 12600 pessoas, cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde de adultos com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência, visto que antes da intervenção não conhecíamos o quantitativo exato de hipertensos e diabéticos da nossa área adstrita, não possuíamos qualidade no registro, nem os usuários recebiam um acompanhamento regular pela equipe. Tínhamos uma média de 716 usuários portadores de hipertensão cadastrados em nossa unidade, de um total de 2219 estimados pelo CAP, o que representa 32% de cobertura e dos 634 portadores de diabetes estimados pelo CAP, apenas 43% (273) eram acompanhados na UBS. As ações previstas na intervenção se basearam em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e foram norteadas pelos protocolos para HAS e DM do Ministério da Saúde, tendo como instrumentos de coleta de dados a ficha espelho e planilha de coleta de dados, ambas confeccionadas pela Universidade Federal de Pelotas. Após 12 semanas de implementação do projeto, de 12 de janeiro de 2015 a 2 de abril de 2015, conseguimos cadastrar 203 hipertensos alcançando uma cobertura de 10,6% e 83 diabéticos, o que nos deu uma cobertura de 17,5%. Foram realizados exames clínicos apropriados em 161 hipertensos (79,3%) e 76 diabéticos (91,6%), garantimos a realização de exames complementares em 149 hipertensos (73,4%) e 71 diabéticos (85,5%) e realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 163 hipertensos (80,3%) e 74 diabéticos (89,2%). Das ações planejadas, todas foram cumpridas conforme o cronograma estabelecido inicialmente. A intervenção na nossa UBS proporcionou a melhora da cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, maior oferta no número de consultas médicas e de enfermagem, atendimento prioritário tanto na unidade, quanto nos domicílios e nas ações de saúde realizadas na comunidade, além de uma melhora significativa na qualidade dos registros e da atenção aos hipertensos e diabéticos. A intervenção foi incorporada satisfatoriamente a rotina do serviço, mas ainda podemos melhorar alguns aspectos para otimizar a intervenção, desta forma pretendemos continuar trabalhando para melhorar o processo de trabalho da equipe e a assistência prestada aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	50
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	51
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	52
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	52
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	53
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	53
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	55
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	56
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	57
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	58
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	59

Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	60
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	61
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	62
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	63
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	64
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	65
Figura 18	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	70
Figura 19	Gráfico do indicativo da proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	71
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos e diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.....	72
Figura 21	Equipe de saúde em momento de capacitação durante a reunião de equipe (à esquerda) e médica realizando o atendimento clínico a uma usuária (à direita) na UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015. ....	75
Figura 22	Médica e ACS da equipe realizando busca de usuário faltoso à consulta ambulatorial e atendimento domiciliar na área de	75

	abrangência da UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015.....	
Figura 23	Médica e ACS da equipe realizando o cadastramento de usuário hipertenso e/ou diabético da área de abrangência da UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015.....	75

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma .....	44
3. Relatório da Intervenção .....	45
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente .....	45
3.2 Ações previstas s no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas .....	47
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	47
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina de serviços e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a	

finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. ....	47
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados .....	49
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores .....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências .....	78
Anexos .....	79

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão da especialização em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção a saúde do usuário portador de hipertensão e/ou diabetes maior de 20 anos, na ESF de Pacoval, Macapá/AP. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e sexta seção estão os relatórios para os gestores e comunidade e na sétima última parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas e sua finalização ocorreu no mês de outubro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pacoval da cidade de Macapá, estado Amapá (AP), com situação geográfica ao norte. Nesta unidade trabalham três equipes de saúde da família. Estou na equipe número 021, na qual atuo como médica do Programa Mais Médicos, a equipe é formada por 10 Agentes Comunitário de Saúde (ACS), três técnicas de enfermagem e uma enfermagem. Também são trabalhadores da unidade um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, um auxiliar de limpeza, um agente de segurança, uma diretora, uma técnica de farmácia e o pessoal do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto até o momento por um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um psicólogo e uma assistente social.

A estrutura da UBS tem sala para triagem, farmácia, copa, curativo, vacinação, esterilização, sala de nutrição e ultrassonografia, consultório odontológico, três consultórios médicos, sala da gerência/diretoria, área de espera, arquivo e dois banheiros. Quanto aos equipamentos, insumos e materiais disponíveis, temos o básico; os medicamentos não são os suficientes para nossa realidade, o que obriga muitos usuários a comprar. Além disto, vale destacar que a unidade não tem laboratório para a realização dos exames complementares e não conta com o apoio de um serviço de urgência.

A equipe em que atuo é responsável por 4.672 pessoas distribuídas em 1.080 famílias, sendo que a maioria das residências está localizada nas zonas de ressaca e nas palafitas. As profissões que predominam entre a comunidade são as de trabalhadores domésticos; donas de casa; vendedores de alimentos, roupas e outros produtos; cabeleiras e professores, sendo que existem também muitos desempregados e pessoas aposentadas por incapacidade física ou por idade. Na

nossa área de abrangência contamos com duas escolas, igrejas, clínicas particulares.

As principais ações de educação em saúde são feitas na própria unidade ou na comunidade por cada integrante da equipe, que foca nos riscos presentes na área e na necessidade de mudanças de hábitos ou costumes pela comunidade. Os principais temas desenvolvidos são alimentação saudável; tratamento da água para consumo; importância da prática de exercícios físicos; ações de combate ao câncer de colo de útero, próstata, mama e cólon; importância da adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de doenças crônicas; aleitamento materno; importância do pré-natal; cuidados com a saúde bucal e efeitos do uso abusivo do álcool, drogas e tabaco.

Na nossa unidade atendemos, principalmente, planejamento familiar; infecção da pele; doenças respiratórias e digestivas; transtornos mentais; cardiopatias; doenças sexualmente transmissíveis; transtornos visuais; portadores de hipertensão e/ou diabetes, crianças e gestantes. Os principais problemas de saúde identificados pela equipe são deficientes condições higiênicas e ambientais, alto número de usuários hipertensos e diabéticos descompensados e pré-natais sem acompanhamento regular.

Além das consultas, a equipe realiza visita domiciliar de forma planejada, priorizando os grupos mais vulneráveis e se reuni semanalmente para avaliar a atenção prestada e definir ações que melhorem o funcionamento da unidade. Desta forma, buscamos cumprir com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolver um trabalho voltado para as necessidades da comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá é um município brasileiro localizado em o estado de Amapá e conta com uma população de 437.256 habitantes, 20 UBS tradicionais distribuídas na zona rural dos distritos e cinco Unidades de Saúde da Família (USF) localizados no bairro Araxá, Brasil Novo, Infraero I, Santa Rita e Curiaú. O município possui ainda um Hospital Geral, um Hospital Pediátrico e um Hospital Materno em fase de final de construção, existe uma boa cobertura para a realização dos exames laboratoriais, os quais são realizados em duas unidades de saúde e no Hospital Geral, embora acredito que o tempo de retorno dos resultados precisa ser diminuído.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com o apoio do NASF (composto até o momento por um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um psicólogo e uma assistente social) que atua de forma integrada com as equipes, complementando a assistência prestada e garantindo a integralidade da atenção. A atenção especializada está garantida principalmente no Hospital Geral da Cidade, embora algumas UBS tenham especialistas de atenção secundária. A atenção hospitalar ainda precisa melhorar em muitos aspectos, como por exemplo, a relação com a Atenção Primária de Saúde (APS).

Nosso trabalho está se desenvolvendo numa unidade de saúde localizada na área urbana da região norte, é denominada Pacoval e seu horário de funcionamento é das 07 às 17 horas. Temos na unidade recepção; sala de vacinas; farmácia; dois consultórios para atendimento, sendo um destes para atendimento odontológico, mas que não funciona há anos; sala de curativos; sala de ultrassonografia; cozinha e a direção. Na unidade temos três equipes de saúde, cada uma atendendo aproximadamente mais de 4500 pessoas de diferentes idades; todas são formadas por um médico clínico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e 10 ACS. A unidade conta ainda com dois técnicos em farmácia, duas técnicas de enfermagem vacinadoras, um médico clínico, um médico responsável pela ultrassonografia, pessoal de serviço de limpeza e de segurança, uma secretária e a diretora do estabelecimento. A unidade não tem vínculo com o ensino.

As consultas são planejadas em nossa unidade de saúde, mas não possuímos dias específicos para os grupos prioritários, assistimos diariamente crianças, grávidas, puérperas, idosos, hipertensos e diabéticos, tanto por demanda agendada quanto espontânea. Vale ressaltar, que a nossa unidade não realiza atendimento de urgências e emergências em decorrência das suas condições estruturais e físicas. Em parceria com a enfermagem, realizamos palestras de diferentes temáticas, necessárias para elevar o conhecimento dos usuários, entre os temas abordamos a gravidez na adolescência, conhecimento dos principais sinais e sintomas de doenças infecciosas e as principais medidas para manter a higiene pessoal e coletiva.

Temos baixa taxa de incidência de tuberculose e hanseníase e entre as causas mais frequentes de demanda espontânea, destacamos o parasitismo intestinal, infecções da pele e respiratórias.

As visitas domiciliares são realizadas durante três dias na semana, por um técnico de enfermagem e o agente comunitário responsável pela micro área. Tem prioridade na atenção domiciliar os acamados, deficientes, grávidas, puérperas, recém-nascidos e lactantes. Além do atendimento domiciliar, realizamos a busca ativa de faltoso e busca ativa de usuários com doenças e/ou agravos de notificação compulsória.

Nossas reuniões de equipe realizam-se quinzenalmente onde se detectam os problemas das micro áreas, discutem os casos clínicos e os indicadores de saúde e se realiza o planejamento e a organização do trabalho.

A unidade não possui rampas ou corrimão para melhor locomoção dos usuários com limitações físicas, não tem piso antiderrapante, não possui balcão e bebedores mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, não existem banheiros com portas adaptadas nem para deficientes. Entre outras dificuldades relacionadas com a estrutura física da nossa unidade, posso mencionar a realização de nebulização e esterilização na sala de curativo, e a falta de espaço físico para o atendimento da equipe de saúde da família e do NASF, desta forma, sempre precisamos dividir o consultório com outro profissional em um mesmo turno.

Recomendamos aos gestores de saúde em conjunto com o governo municipal realizar um planejamento, no qual devem incluir nossa unidade como prioridade no município, com o objetivo de ampliar ou construir uma nova sede para nossa unidade conforme as normas estabelecidas no Manual da Estrutura do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), observando todos os ambientes necessários para o desenvolvimento das atividades executadas na unidade.

Ao que se refere à atribuição dos profissionais posso afirmar que ainda existem muitas coisas que devem ser melhoradas, entretanto estamos envolvidos na territorialização e mapeamento da área; identificação dos grupos, indivíduos ou famílias expostos a riscos; identificação de lideranças e organizações presentes na área, com que possamos desenvolver parcerias; identificação de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis como, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), ou transmissíveis, como a Tuberculose e Hanseníase. Como não há serviço de odontologia em nossa unidade, muitas das ações nesta área não são realizadas, fazendo com que os usuários se desloquem para outras unidades para serem atendidos.

Todo encaminhamento é realizado pelo médico, que toma como base as orientações do Ministério da Saúde, já que não existem protocolos de atendimento nem de encaminhamento para especialistas e internação hospitalar.

A população da área adstrita da nossa unidade é de aproximadamente 12.600 habitantes, com 3.800 famílias já cadastradas, as três equipes fazem atendimento a um mesmo bairro, que está dividido em 10 micro áreas por equipes, entretanto ainda existe uma área que está descoberta.

Em relação a atenção a demanda espontânea em nossa unidade de saúde pouco a pouco temos mudado a maneira de pensar do pessoal da equipe de saúde com relação a este tema. Quando iniciamos nosso trabalho na unidade só eram realizadas as consultas agendadas, sem levar em conta as necessidades dos usuários que nos procuravam por demanda espontânea, eles ficavam muito insatisfeitos, mas progressivamente fomos conversando com o pessoal da equipe e esclarecendo a importância deste tipo de atendimento. Na unidade não temos excesso de demanda porque temos um centro de saúde de atenção secundária próximo e um médico clínico que realiza atendimento para os usuários de fora da área de abrangência.

Desde o início do trabalho na UBS Pacoval sempre buscamos realizar ações para melhorar o atendimento às crianças. Antes percebíamos que as mães dos recém-nascidos e lactantes só gostavam do atendimento com o pediatra, mas progressivamente isso foi mudando, pois passaram a conhecer o nosso trabalho. Durante a consulta de puericultura orientamos as mães sobre o desenvolvimento das crianças, a importância do aleitamento materno e como prevenir acidentes. Realizamos o correto e aprofundado exame físico para avaliar adequadamente o desenvolvimento e crescimento da criança, cumprindo o prescrito no protocolo ministerial.

A realização da puericultura não tem um dia específico da semana para ocorrer, a nossa principal dificuldade se refere ao fato de não termos um pediatra na área para avaliar com maior frequência nossas crianças, por isso foi informado à direção da unidade e à secretaria de saúde do município sobre esta necessidade. Acredito que para melhorar a atenção nesta área precisamos melhorar o planejamento e monitoramento das ações, sempre com a participação de todos os membros da equipe de saúde.



Das 266 das crianças menores de um ano estimadas para o nosso território 82% (218) são acompanhadas na nossa unidade. Destas 218, todas (100%) realizaram a triagem auditiva, tiveram monitorado o crescimento e o desenvolvimento na última consulta e seus pais/responsáveis foram orientados quanto a prevenção de acidentes e aleitamento materno. 99% (215) estão com as vacinas em dias e 96% (210) realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia de vida. Apenas 26% (57) estão com a consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 21% (45) realizou a primeira consulta nos sete primeiros dias de vida, 53% (115) tiveram a condição bucal avaliada e 56% (123) estão com a consulta em atraso em mais de sete dias.

Em relação ao pré-natal, tivemos como primeira medida, assim que cheguei na unidade, alterar a forma de acompanhamento, antes somente a enfermeira acompanhava as gestantes, o que gerava uma sobrecarga e uma assistência deficiente, hoje compartilhamos este tipo de assistência, de forma que na primeira consulta, o enfermeiro solicita os exames de laboratório, conforme o protocolo do Ministério, e na consulta subsequente, o médico avalia os mesmos, realizando o exame físico da gestante e avaliando seu estado nutricional, seus fatores de risco, condições socioeconômicas, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos e outros dados que possam auxiliar na classificação do tipo de gravidez, de baixo ou alto risco. Os casos de gestação de alto risco são encaminhados para a ginecologista e na presença de doença crônica, a gestante é avaliada pelo médico internista ou outra especialidade específica. As gestações de baixo risco são acompanhadas mensalmente até 28ª semana, quinzenalmente da 29ª a 36ª semana e semanais a partir da 37ª semana, quando o parto não ocorre até a 41ª semana a gestante é encaminhada para o hospital, onde se avalia o estado do bem-estar fetal e o índice de líquido amniótico, evitando possíveis complicações. Os cadernos das ações estimam que na área existem 189 gestantes (1,5% da população total). Contamos com um registro específico das gestantes por micro áreas e toda assistência é monitorada rotineiramente. Em todas as consultas realizamos orientações sobre alimentação, sinais do parto e a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses, acompanhamos o ganho de peso, prescrevemos sulfato ferroso, orientamos o atendimento com odontólogo e a atualização vacinal. Ainda existem gestantes faltosas a consultas, algumas que não fazem os exames em tempo adequado, existe aquelas que só realizam a primeira consulta com um

tempo de gravidez muito avançado, dificuldades que são apresentadas e discutidas nas reuniões da equipe a fim de buscar possíveis soluções.

Das 189 gestantes estimadas pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) 124 (66%) são acompanhadas na UBS. Todas as 124 (100%) gestantes acompanhadas tiveram seus exames laboratoriais solicitados na primeira consulta; receberam prescrição de sulfato ferroso e foram orientadas quanto ao aleitamento exclusivo. 85% (106) estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde; 92% (114) estão com a vacina antitetânica em dias e 70% (87) com a hepatite B em dias. Apenas 60% (75) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e tiveram exame ginecológico por trimestre e 67% (83) foram avaliadas quanto à saúde bucal.

Também realizamos consultas voltadas para as puérperas, buscando assisti-las até o 42º dia pós-parto. Nesta consulta buscamos avaliar as mulheres, esclarecer dúvidas e dar orientações. Diante disto, percebe-se que das 266 puérperas estimadas pelo CAP para os últimos 12 meses, nossa equipe acompanhou 174 mulheres (65%). Todas as puérperas (174) assistidas nos últimos 12 meses tiveram suas consultas registradas e realizadas antes do 42º dia pós-parto; receberam orientações sobre o cuidado com o recém-nascido e aleitamento materno; tiveram mamas, abdômen e estado psíquico avaliados. 92% (160) das puérperas tiveram exame ginecológico realizado e apenas 3% (5) tiveram as intercorrências avaliadas. Estes indicadores nos mostram que a equipe tem realizado um bom trabalho com as puérperas, entretanto necessita traçar novas estratégias de captação e ampliar a realização do exame físico durante a consulta.

Na unidade de saúde os programas de prevenção de câncer do colo de útero e controle do câncer mama ocorrem com muita qualidade, todos os profissionais das equipes trabalham de maneira organizada tomando como base o manual técnico. Ainda temos dificuldades com o registro e o monitoramento das ações e ainda existem algumas mulheres que não entendem a importância de fazer a citologia vaginal todos os anos e a mamografia somente para mulheres maiores de 50 anos e com fatores de risco. Acredito que para melhorarmos este tipo de assistência precisamos trabalhar mais nas ações de educação em saúde, dando ênfase a realização do auto-exame de mama todos os meses, bem como utilizar os meios de comunicação para divulgar os principais fatores de risco para o câncer de mama e colo de útero.

Foi estimado pelo CAP para nossa unidade um total de 2668 mulheres entre 25 e 64 anos e 550 mulheres entre 50 e 69 anos, sendo que as equipes acompanharam 1785 mulheres entre 25 e 64 anos e 400 mulheres entre 50 e 69 anos, o que nos dá uma cobertura de 67% e 73%, respectivamente.

Das 1785 mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na unidade, todas (100%) foram avaliadas quanto ao risco para o câncer de colo de útero e foram orientadas quanto a prevenção do câncer de colo de útero e sobre as doenças sexualmente transmissíveis. 99% (1775) destas mulheres estão com os exames coletados com amostras satisfatórias e 50% (890) estão com o exame citopatológico em dia. Entretanto ainda verificamos que 30% (530) estão com o exame com atraso de mais de seis meses e 2% (31) estão com os exames alterados. A equipe não conhece a informação sobre o quantitativo de exames coletados com células representativas de junção escamo colunar.

Das 400 mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas na unidade, 64% (257) estão com a mamografia em dia; foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama e orientadas sobre a prevenção do câncer de mama, apenas 9% (35) estão com mais de três meses de atraso.

Com relação ao programa de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), este é realizado de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, as consultas são realizadas de maneira programada, com o objetivo de controlar a doença e evitar as complicações. Realizamos palestras sobre os fatores de riscos destas doenças e realizamos de grupos com o apoio da psicóloga e nutricionista. Contudo, muitos usuários não entendem o risco da hipertensão e diabetes e não aderem ao tratamento, tanto medicamentoso quanto o não-medicamentoso. Um fator que incide negativamente nas nossas ações é que os ACS ainda não têm cadastrados 100% dos usuários portadores destas doenças, o que nos impede de ter os dados atualizados. Com certeza, precisamos melhorar a qualidade da assistência prestada e a captação dos usuários.

Desta forma, temos 716 usuários portadores de hipertensão cadastrados em nossa unidade, de um total de 2219 estimados pelo CAP, o que representa o 32% de cobertura. Destes 716 usuários, 57% (410) tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizada; 54% (390) estão com atraso na consulta em mais de sete dias; apenas 32% (224) estão com exames complementares periódicos em dia e 31% (223) estão com a avaliação da saúde bucal realizada.

Entretanto, todos os 716 assistidos pelas equipes foram devidamente orientados sobre a prática de atividade física regular e a importância de uma alimentação saudável.

Dos 634 portadores de diabetes estimados pelo CAP, apenas 43% (273) são acompanhados na UBS. Destes 273, todos (100%) foram orientados quanto a adoção de hábitos saudáveis; 74% (201) estão com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizado; 36% (99) tiveram o exame físico e a sensibilidade dos pés avaliados nos últimos três meses, bem como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses; 49% (134) estão com os exames complementares periódicos em dia. Apenas 30% (81) estão com atraso em mais de sete dias na consulta e 52% (143) tiveram a avaliação da saúde bucal realizada, o que consideramos um valor muito baixo.

Em nossa unidade realizamos um trabalho com responsabilidade a favor da saúde dos idosos, desenvolvendo ações em conjunto com assistente social, psicóloga, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Nas atividades educativas abordamos temas como imunizações, importância de uma dieta saudável, tabagismo, sedentarismo e riscos de acidentes. Realizamos muito comumente visitas domiciliares para os idosos a fim de avaliar seu estado clínico, a adesão ao tratamento e identificar os riscos presentes no domicílio. Os cadernos das ações estimam que existem na área 644 idosos.

A cobertura da assistência ao idoso em nossa unidade é de 64%, visto que dos 644 idosos acima de 60 anos estimados para nosso território, 409 são acompanhados na UBS. Todos os 409 idosos possuem caderneta do idoso e receberam orientações sobre a adoção de hábitos de vida saudável; destes, 53% (215) estão com o acompanhamento em dia e 54% (221) tem avaliação multidimensional em dia. 99% (405) dos idosos acima de 60 anos foram avaliados quanto ao risco de morbi/mortalidade e 98% (401) tiveram os indicadores de fragilização na velhice investigados. Entre os 409 idosos acompanhados, 22% (89) são portadores de hipertensão e 7% (27) de diabetes mellitus.

As consultas ocorrem de forma programada, mas também realizamos atendimento aos problemas agudos que surgem na demanda espontânea, seguindo sempre o protocolo do Ministério da Saúde, mas infelizmente não garantimos a todos a Avaliação Geriátrica Global.

Apesar das dificuldades enfrentadas em relação as condições estruturais; déficit de profissionais, como odontólogo, educador físico ou pediatra e déficit de protocolos municipais, acredito que temos avançado nestes meses de trabalho no que tange ao objetivo de garantir uma atenção de qualidade para a população. Os profissionais das equipes se esforçam muito para acompanhar da melhor forma os integrantes de cada família e com certeza, só temos a ampliar a nossa assistência.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao realizar a leitura do texto inicial "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e comparar com a escrita do Relatório da Análise Situacional, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família - posso perceber que muitos problemas e dificuldades se mantêm, bem como a estrutura local, que é insuficiente para a quantidade de profissionais que trabalham na unidade. Percebo que o nosso processo de trabalho está se organizando e que a população tem estado satisfeita com as ações desenvolvidas na unidade.

Com todo o detalhamento realizado por meio do Relatório de Análise Situacional, penso que devemos adequar todas as ações programáticas da nossa UBS com relação aos protocolos do Ministério de Saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e tem como principais fatores de risco a HAS e o DM. Estas duas doenças caracterizam-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, devido às complicações que geram. Diante disto, os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HAS e do DM (BRASIL, 2013).

A UBS Pacoval, onde eu realizo o meu trabalho, está localizada no município de Macapá, capital do estado de Amapá, está localizada na área urbana da zona norte da cidade e possui três equipes de saúde da família. É um local pequeno e com problemas estruturais, mas contamos com recepção, sala de vacinas, farmácia, dois consultórios para atendimento, sala de curativos, sala de ultrassonografia e a direção. Nossa unidade tem muito pouco espaço, o que dificulta fazer um atendimento adequado.

A população adstrita da UBS por equipe é de aproximadamente 4.500 usuários, todas as equipes são constituídas por um médico clínico, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde. Temos uma grande quantidade de usuários portadores de HAS e DM, estes são os usuários que mais buscam atendimento na unidade e sempre trabalhamos com os fatores de risco para evitar complicações para sua saúde. As consultas fazem-se de maneira programada e de qualidade, sempre dando ênfase ao controle destas doenças e as atividades em grupo abordam sempre os fatores de risco mais comum na

comunidade. Eu não conheço o número específico de hipertensos e diabéticos da unidade, para isto estamos realizando o novo cadastro populacional. Diante disto, para a intervenção iremos utilizar a estimativa populacional da Planilha de coleta de Dados, que estima um total de 1.916 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de HAS e 473 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de DM.

Tendo em conta que tanto a HAS quanto o DM são as principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros entre outras complicações (BRASIL, 2013) e as dificuldades que ainda temos no manejo destas doenças, a minha equipe escolheu esse foco para fazer nossa intervenção, embora enfrentemos dificuldades com a baixa cobertura de laboratórios para realização de exames e a falta de equipe de saúde bucal na unidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, na ESF de Pacoval, Macapá /Amapá

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Para cada objetivo foram estabelecidas metas a serem alcançadas ao longo de 16 semanas de intervenção.

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

META 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

META 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

META 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

META 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

META 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

META 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

META 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

META 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

META 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

META 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

META 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

META 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde



**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

META 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

META 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

META 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

META 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

META 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

META 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

**2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Pacoval, no Município de Macapá/AP e estado. Participarão da intervenção cerca de 1.916 hipertensos e 473 diabéticos acima de 20 anos, conforme estimativa da Planilha de Coleta de Dados fornecida pelo curso de especialização.

**2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcançar os objetivos propostos foram traçadas ações, detalhadas a seguir, organizadas de acordo com os eixos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço.

**OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos recadastrar todos os hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde e através da Planilha de Coleta de Dados (Anexo A) controlar o quantitativo de pessoas cadastradas.

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A equipe de saúde irá atualizar o registro e os prontuários de 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica de saúde, para tal seguiremos as orientações do Manual do Ministério da Saúde.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e Diabetes.

Detalhamento: Vamos disponibilizar pessoal e materiais específicos para fazer o agendamento e acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes, sendo que estes usuários terão prioridade no atendimento.

Ação: Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do teste de glicose na unidade de saúde.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem verificarão periodicamente o funcionamento dos esfigmomanômetros e glicômetros para garantir a fidelidade das medidas da pressão arterial e teste de glicose, que subsidiarão o diagnóstico e avaliação do usuário.

**Eixo: Engajamento Público**

Ações: Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar à comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para

Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Iremos conversar com a comunidade sobre o funcionamento do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade através de palestras, das visitas domiciliares realizadas pelos ACS e das consultas. As atividades de educação em saúde, tanto individual quanto em grupo que iremos realizar na área, irão destacar a importância do diagnóstico precoce de hipertensão arterial na população maior de 18 anos, esclarecer os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e estimular a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e outras medidas de prevenção de riscos, garantindo o atendimento multiprofissional e envolvendo a comunidade na eliminação dos riscos.

#### **Eixo: Qualificação da Prática Clínica:**

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Faremos oficina com os ACS para explicar o correto cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Discutiremos e avaliaremos de maneira permanente, em todas as reuniões da equipe, a qualidade do cadastramento dos usuários.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do teste de glicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizaremos um cronograma de capacitação, contemplando inclusive uma oficina sobre como medir corretamente a pressão arterial e realizar do teste de glicose.

#### **OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

##### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos (Anexo B) a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade. Vamos supervisionar e assegurar que todos os usuários realizem sua consulta em dia e com exame clínico adequado.

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade e organizaremos, junto ao gestor da unidade, a incorporação de outras unidades de saúde para a realização de exames laboratoriais.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Vamos monitorar o cadastro dos usuários do programa e a disponibilidade de medicamentos na farmácia popular, bem como a acessibilidade dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para isto utilizaremos os dados preenchidos na ficha espelho e na planilha de coleta de dados.

### **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe iremos redefinir as atribuições dos profissionais da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, segundo sua qualificação e nível de preparação.

Ações: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo nosso posto de saúde; dispor da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizaremos um cronograma de capacitação dos profissionais para a assistência ao usuário hipertenso e diabético, tomando como

base o Manual do Ministério da Saúde. Em todas as salas de atendimento o referido protocolo estará disponível para consulta da equipe.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares; estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Tomando o protocolo do Ministério da Saúde como guia orientador, todos os profissionais que realizarem o atendimento aos hipertensos e diabéticos farão a solicitação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida. Vamos estabelecer parceria com outras instituições de saúde para lograr fazer os exames laboratoriais e sinalizar à gestão sempre que houver atrasos nos resultados dos mesmos.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.

Detalhamento: A equipe irá realizar mensalmente o levantamento da quantidade de medicamentos presentes no estoque da unidade, revisar a data de validade dos mesmos e assim solicitar à secretaria o que for necessário para suprir a necessidade dos usuários. Atualizaremos mensalmente o cadastro dos usuários e as medicações que os mesmos utilizam.

### **Eixo: Engajamento público**

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Vamos priorizar a educação em saúde (palestras, rodas de conversa, grupos educativos) com o objetivo de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas e renais como complicações da hipertensão e diabetes. Pretendemos formar grupos com os usuários diabéticos e hipertensos para discutir com eles como prevenir as complicações destas doenças.

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; orientar os usuários e a comunidade com relação a periodicidade da realização dos exames complementares.

Detalhamento: Em cada consulta e visita domiciliar, o profissional responsável pelo atendimento irá esclarecer a importância da realização dos exames com a periodicidade requerida, explicando qual é o objetivo do mesmo na prevenção das complicações em órgãos vitais.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Durante as consultas iremos orientar e explicar aos usuários sobre a acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos para o controle da sua doença na farmácia da unidade.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Realizaremos um cronograma de capacitação dos profissionais para a assistência ao usuário hipertenso e diabético, tomando como base o Manual do Ministério da Saúde. Também vamos nos manter atualizados no tratamento da hipertensão através de revisões bibliográficas e participação nas atualizações feitas pelo Ministério de Saúde. Em todas as salas de atendimento o referido protocolo estará disponível para consulta da equipe. Capacitaremos e atualizaremos todos os profissionais integrantes da equipe sobre as alternativas que o usuário tem para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

### **OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

#### **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade. Vamos supervisionar e assegurar que todos os usuários realizem sua consulta conforme a periodicidade recomendada do Ministério da Saúde.

### **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

Ações: Organizar visitas domiciliares para encontrar os faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Cada ACS vai visitar os faltosos à consulta ambulatorial da sua micro-área, explicar a importância da consulta de acompanhamento e realizar o agendamento de uma nova consulta, conforme horários disponibilizados pela equipe. Diariamente disponibilizaremos vagas para atender aos usuários proveniente da busca ativa.

### **Eixo: Engajamento Público**

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir à comunidade sobre estratégias para não ocorrer a evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe irá realizar atividades em grupo com a comunidade para disseminar a importância da realização das consultas e escutar à comunidade sobre estratégias que podem ser adotadas pela equipe para não ocorrer a evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. Em cada consulta conversaremos com o usuário sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

### **Eixo: Qualificação da Prática Clínica**

Ação: Treinar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Treinaremos cotidianamente os ACS para que durante as visitas eles orientem os usuários sobre a importância das consultas com periodicidade adequada.

**OBJETIVO 4:** Melhorar o registro das informações**Eixo: Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade. Vamos supervisionar e assegurar que todos os usuários tenham sua consulta registrada.

**Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

Ações: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir o responsável pelo monitoramento registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A equipe irá manter o SIAB atualizado entregando mensalmente as fichas para alimentação do sistema à Secretaria de Saúde. Além dos registros nas fichas do SIAB, implantaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados no atendimento, a fim de garantir o registro adequado da assistência prestada, sinalizando os achados anormais.

**Eixo: Engajamento público**

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Vamos orientar os usuários durante as consultas sobre seus direitos em relação ao acesso ao seu prontuário, caso necessário.

**Eixo: Qualificação da Prática Clínica.**

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos; Capacitar a equipe da



unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe realizaremos uma oficina para capacitar a equipe sobre o correto preenchimento dos registros para proporcionar o acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes mellitus.

**OBJETIVO 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Eixo: Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade. Vamos supervisionar e assegurar que todos os usuários tenham realizada a estratificação de risco, pelo menos uma vez ao ano.

**Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A equipe irá estabelecer como prioridade no atendimento os usuários avaliados como de alto risco, realizando consultas domiciliares para aqueles que tiverem dificuldade de se deslocar para a unidade de saúde.

**Eixo: Engajamento Público.**

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Durante a visita domiciliar e a consulta ambulatorial, a equipe irá orientar e explicar o nível de risco de cada usuário e a importância do acompanhamento regular para identificar e evitar as possíveis complicações.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Realizaremos salas de espera, atividades educativas em geral e orientações durante as consultas sobre a importância do controle de fatores de risco por meio da alimentação saudável e a prática de exercícios físicos.

**Eixo: Qualificação da Prática Clínica.**

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Vamos fazer um cronograma de capacitação para discutir com todos os profissionais sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as medidas de controle dos fatores de risco modificáveis.

**OBJETIVO 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Eixo: Monitoramento e Avaliação.**

Ações: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: A equipe irá verificar por meio do preenchimento das fichas espelhos a atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético assistido na unidade e as orientações fornecidas aos mesmos.

**Eixo: Organização e Gestão do Serviço.**

Ações: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Como não temos equipe de saúde bucal na unidade, tentaremos garantir, com o auxílio da gestão municipal, que os usuários realizem o atendimento odontológico nas unidades mais próximas.

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor para fazer parcerias institucionais e envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Realizaremos salas de espera, atividades educativas em geral e orientações durante as consultas sobre a importância do controle de fatores de risco por meio da alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Junto ao gestor, solicitaremos o apoio de uma nutricionista e de educador físico na unidade para auxiliar a equipe na avaliação dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: A equipe realizará o levantamento de usuários tabagistas e solicitará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo, conforme interesse do usuário.

### **Engajamento público**

Ações: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; mobilizar à comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Faremos contato com os líderes da comunidade a fim de estabelecer parceria com todas as instituições comunitárias para aumentar as atividades de educação em saúde na área. Mobilizaremos a comunidade para que esta sensibilize os gestores sobre a necessidade de uma equipe de saúde bucal na área.

Ações: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar os hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Durante as consultas ambulatoriais, a equipe irá orientar o usuário hipertenso e/ou diabético e seus familiares sobre a adoção de hábitos saudáveis para o controle da doença.

### **Eixo: Qualificação da Prática Clínica.**

Ações: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Vamos fazer um cronograma de capacitação para discutir com todos os profissionais sobre como e quais orientações devem ser dadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

### **2.3.2 Indicadores**

Para monitorar o alcance das metas foram elencados indicadores para cada meta proposta, conforme descrito a seguir:

#### Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** número total de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** número total de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de hipertensos diabéticos às consultas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Numerador:** Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Numerador:** Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 05: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

**Numerador:** Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

**Numerador:** Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos



**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Denominador:** Número hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos hipertensos

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos diabéticos

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

### 2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção com foco no programa de hipertensão e diabetes vamos adotar o caderno de atenção básica nº 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013) e o caderno de atenção básica nº 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013), ambos do Ministério da Saúde.

Utilizaremos os prontuários, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados (ANEXOS A e B) para registrar as informações colhidas tanto pelo enfermeiro, quanto pelo médico e técnicos de enfermagem durante a abordagem ao usuário hipertenso e diabético. Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e os técnicos revisarão as fichas de cadastros e os prontuários de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica de saúde. Os profissionais transcreverão todas as informações dos prontuários e as fichas de cadastro para ficha espelho. Realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre exames clínicos e laboratoriais em atraso e da estratificação do risco cardiovascular. Toda informação será avaliada semanalmente por meio da planilha de coleta de dados pela médica da equipe e apresentada a todos profissionais durante a reunião de equipe.

A Análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram analisadas e discutidas com a equipe. A intervenção começará com a capacitação da equipe sobre a estratégia do cuidado das pessoas com doenças crônicas para que seja utilizada esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. A capacitação será feita na UBS, no mesmo dia da reunião, quando será disponibilizado um tempo para esta atividade. A enfermeira e o médico explicarão os aspectos da estratégia e orientarão a realização de tarefas individuais para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, o atendimento deles será em todos os

turnos, os usuários descompensados serão atendidos no momento em que chegar a unidade para evitar complicações, terão prioridade no agendamento e ao sair da consulta terá sua próxima consulta agendada.

A comunidade deve ser sensibilizada sobre as doenças crônicas, para isto faremos contato com os representantes da comunidade e com a associação de moradores e realizaremos na escola, localizada na área de abrangência, a apresentação do projeto explicando a importância das consultas, da realização de exames e da eliminação dos fatores de risco para hipertensão e diabetes, pediremos apoio da comunidade para incentivar a realização de atividades de educação em saúde, promovendo estilos de vida saudável e a necessidade de atendimento destes usuários com doenças crônicas.

A cada semana a enfermeira vai revisar a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos para identificar quais tem atrasos nas consultas, nos exames clínicos e laboratoriais e que não tenham estratificação de risco cardiovascular. Os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem farão busca ativa dos faltosos e o agendamento deles no mesmo momento

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Realizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados para hipertensão arterial e diabetes.	x	X														
Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.	x															
Definir o responsável pelo monitoramento dos registros.	x															
Implantar a planilha/registro específico de acompanhamento		X														
Monitorar as ações planejadas	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x
Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes.	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x
Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do teste de glicose na unidade de saúde.	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x
Realizar atividades de educação em saúde com a comunidade			x				x				x				x	
Orientar o usuário durante a consulta sobre a adoção de hábitos saudáveis	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares.	x															
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. •manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.	x				x				x				x			
Realizar visitas domiciliares	x				x				x				x			
Manter as informações do SIAB atualizadas.	x				x				x				x			
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.	x	X	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.		X				x				x				x		

### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Inicialmente, devo destacar que o projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 5. Contudo, vale destacar, que mesmo com a diminuição do período da intervenção, as metas estabelecidas no projeto se mantiveram para as 12 semanas.

Desta forma, o projeto foi executado pelas três equipes da unidade entre os dias 12 de janeiro de 2015 e 02 de abril de 2015. Das ações planejadas, todas foram cumpridas conforme o cronograma estabelecido inicialmente, sendo que umas apresentaram maior grau de dificuldade do que outras.

A capacitação dos profissionais aconteceu com sucesso, as atribuições de cada um, no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, foi definida logo no início da execução do projeto. Também ficou definido o responsável pelo monitoramento dos registros e foi implantada a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, sem maiores dificuldades.

A cada semana monitoramos e registramos os usuários hipertensos e diabéticos no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde; monitoramos a assistência prestada a estes usuários; a qualidade dos registros provenientes da assistência prestada; as informações dos sistemas de informação; o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; a

realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista e o fornecimento de orientações que garantem a qualidade de vida destes usuários.

Além disto, buscamos garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do teste de glicose na unidade de saúde. No momento em que existiu um problema, este foi informado aos gestores e resolvido com brevidade, sem gerar dificuldades para a realização dos atendimentos.

Informamos à comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHG e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Estas atividades foram desenvolvidas em todas as semanas e todos os dias e ainda continuamos desenvolvendo. Todo usuário assistido desde o início da intervenção foi orientado sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividade física regular e dos riscos do tabagismo, o que foi realizado graças ao empenho e comprometimento dos profissionais da equipe e do NASF, que forneceram orientações nas consultas, visitas domiciliares, palestras e conversas com os usuários.

Outras atividades desenvolvidas mensalmente e que aconteceram segundo o previsto no cronograma foram o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular, o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a atualização no registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.

Organizamos visitas domiciliares periodicamente para encontrar os faltosos, entretanto esta atividade foi interrompida, algumas vezes, pelas chuvas e alagamentos na área onde temos nossa população adstrita, mas ainda assim conseguimos recuperar alguns dos faltosos dedicando algumas horas extras no serviço. Assim organizamos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes destas buscas domiciliares.

Pretendíamos garantir a avaliação de saúde bucal para todos os usuários, mas como este serviço não está disponível na nossa unidade, nem todos foram devidamente avaliados. Como estratégia, elaboramos uma agenda de atendimento para as outras unidades que possuem o serviço de saúde bucal, entretanto a

distância destas unidades em relação a nossa área de abrangência comprometeu a referida avaliação

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas**

Como já citado, todas as ações previstas no projeto foram realizadas.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores**

Tanto o preenchimento dos prontuários como da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados foi realizado com êxito. Logo nos adaptamos ao novo sistema de registro, que facilitou e melhorou o processo de controle e acesso às informações dos usuários.

### **3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina de serviços e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

De um modo geral posso dizer que nestas 12 semanas, ainda que não tenhamos atingindo as metas propostas, a maioria das ações foram cumpridas segundo o proposto no cronograma, o que proporcionou a melhora na qualidade dos atendimentos aos diabéticos e hipertensos tanto no acolhimento quanto no atendimento clínico. Fizemos parcerias com a comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, a relação com a comunidade foi boa e conseguimos a participação ativa dela em todas as ações.

A equipe ficou fortalecida, capacitada e adquiriu os conhecimentos para fazer os atendimentos. Vale destacar, que foi o comprometimento de cada um dos profissionais com a intervenção que proporcionou a inclusão das ações propostas na rotina de trabalho, mesmo com a finalização do curso, pois temos as condições materiais, a vontade de trabalhar e não vejo ameaças nem dificuldade para a continuidade da ação programática como rotina. Para o meu desempenho



profissional, a intervenção constituiu uma ferramenta útil e espero que no decorrer do tempo possamos atingir as metas propostas e conseguir o resultado final que é melhorar a qualidade de atendimento e diminuição da mortalidade por diabetes e hipertensão na população brasileira.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A população da área adstrita da UBS é de 12.600 habitantes com uma estimativa de 1.916 usuários hipertensos e 473 usuários diabéticos, conforme a Planilha de Coleta de Dados fornecida pelo curso de especialização. Ao início da intervenção, não conhecíamos o quantitativo de hipertensos e diabéticos da nossa área adstrita, não possuíamos qualidade no registro, nem os usuários recebiam um acompanhamento regular pela equipe. Diante disto, entre 12 de janeiro de 2015 e 02 de abril de 2015, período da implementação do projeto, todas as três equipes da unidade buscaram melhorar a assistência prestada aos hipertensos e diabéticos desenvolvendo ações a partir de quatro eixos programáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e capacitação clínica. Contudo, o envolvimento das três equipes na intervenção ficou comprometido devido as condições estruturais da UBS, que limitavam o encontro de todos os profissionais em um mesmo local e horário, desta forma a maioria das ações foram desenvolvidas pela equipe em que atuo.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos

**Meta 1.1.** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A proporção dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no decorrer da intervenção, não sendo possível atingir a meta proposta de 60% (1149 hipertensos e 284 diabéticos). Entretanto, no primeiro mês foram cadastrados 46 hipertensos (2,4%), no segundo mês, 127 hipertensos (6,6%) e no último mês conseguimos cadastrar 203 hipertensos alcançando uma cobertura de 10,6% (Figura 01).

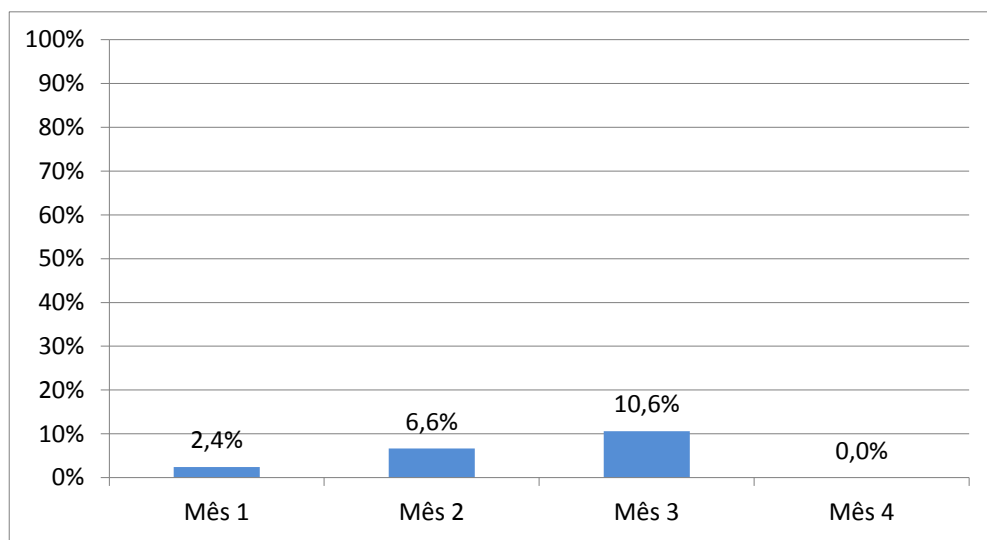


Figura 01: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

**Meta 1.2.** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Durante a realização da intervenção observou-se o aumento progressivo da proporção de usuários diabéticos cadastrados no Programa. No primeiro mês foram cadastrados 16 diabéticos (3,4%), no segundo mês 58 (12,3%) e no terceiro 83 diabéticos, alcançando assim a cobertura de 17,5% (Figura 02).

A ação que mais auxiliou na captação tanto dos hipertensos quanto diabéticos foi o trabalho contínuo dos ACS na comunidade, realizando o acompanhamento destes usuários durante as visitas domiciliares bem como sua busca ativa. Entre os diabéticos percebeu-se uma maior percepção dos riscos da doença que os acomete, que dentre os hipertensos, o que favorece que procurem ainda mais os serviços de saúde.

Os principais fatores que influenciaram de forma negativa para o não alcance da meta proposta foram a redução da intervenção para 12 semanas já que a meta, no início, foi proposta para 16 semanas e as condições do clima com chuvas e alagamentos que impediram, por vezes, o trabalho da equipe. Os usuários que não foram cadastrados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades e vamos traçar estratégias para melhor envolver as outras equipes, assim pretendemos alcançar 100% de cobertura nos próximos meses.

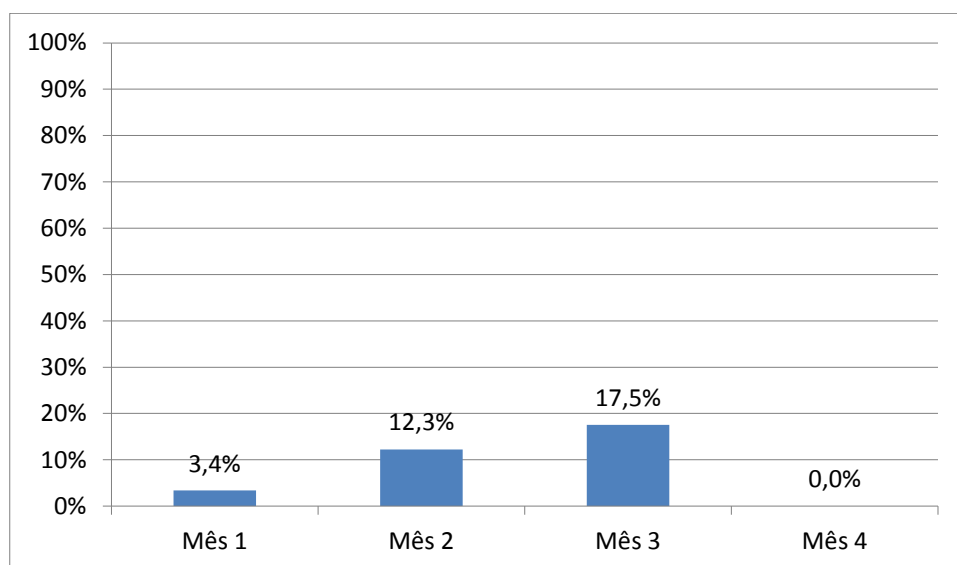


Figura 02: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Ao analisar a proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo (Figura 03) podemos observar um crescimento desde o início da intervenção. No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 36 hipertensos (78,3%); no segundo mês, em 90 hipertensos (70,9%) e no terceiro mês, atingimos 161 hipertensos com exame clínico apropriado (79,3%).

Para realizar o exame clínico dos hipertensos várias ações contribuíram de forma positiva, tal é o caso das capacitações realizadas entre a equipe utilizando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde e a definição dos papéis de cada profissional na assistência prestada ao hipertenso. Os usuários que não tiveram a

realização do exame clínico realizada foram aqueles consultados em domicílio, cujas condições de avaliação são inadequadas.

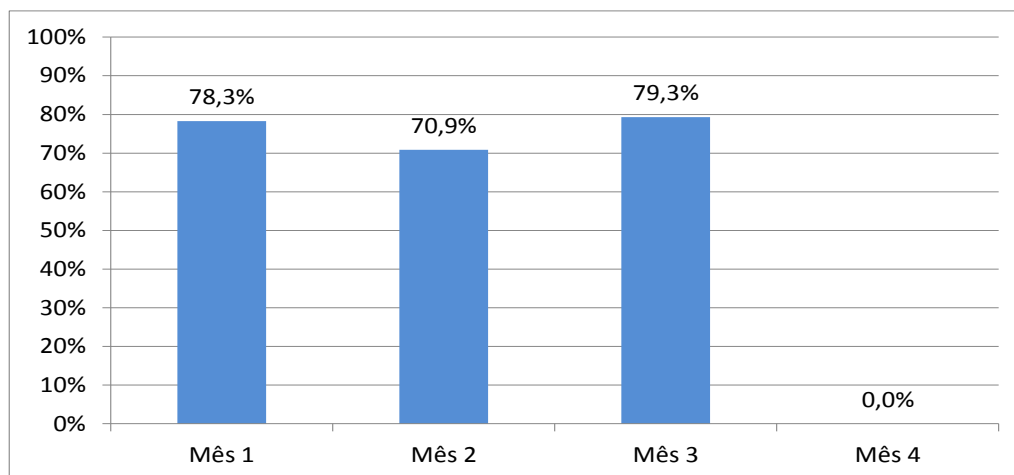


Figura 03: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

## **Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Analisando a evolução deste indicador observamos um crescimento gradativo do mesmo (Figura 04). No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 14 usuários diabéticos (87,5%), no segundo mês, examinou-se 53 diabéticos (91,4%) e no terceiro mês 76 usuários (91,6%).

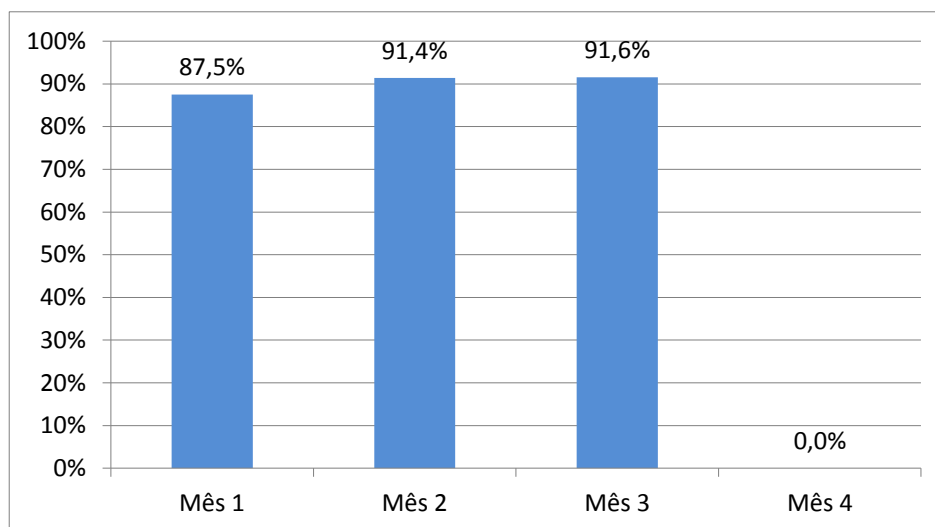


Figura 04: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

As ações que mais contribuíram para que os diabéticos tivessem o exame clínico realizado de forma apropriada foram as capacitações realizadas entre os membros da equipe, baseados também nos protocolos atualizados do Ministério de Saúde, a definição do papel de cada profissional na assistência prestada, as condições ambientais apropriadas para a realização do exame, garantia de privacidade para o usuários e disponibilidade de tempo para a realização do exame clínico em cada atendimento. Assim como aconteceu com os hipertensos, alguns diabéticos não tiveram o exame clínico realizado de forma adequada, pois a consulta foi realizada no domicílio.

**Meta 2.3.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Ao que se refere aos hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo não foi possível atingir a todos os hipertensos. No primeiro mês da intervenção (Figura 05) alcançamos 35 hipertensos (76,1%), no segundo mês foram 83 (65,4%) e no último mês, 149 hipertensos (73,4%) tinham exames complementares em dia.

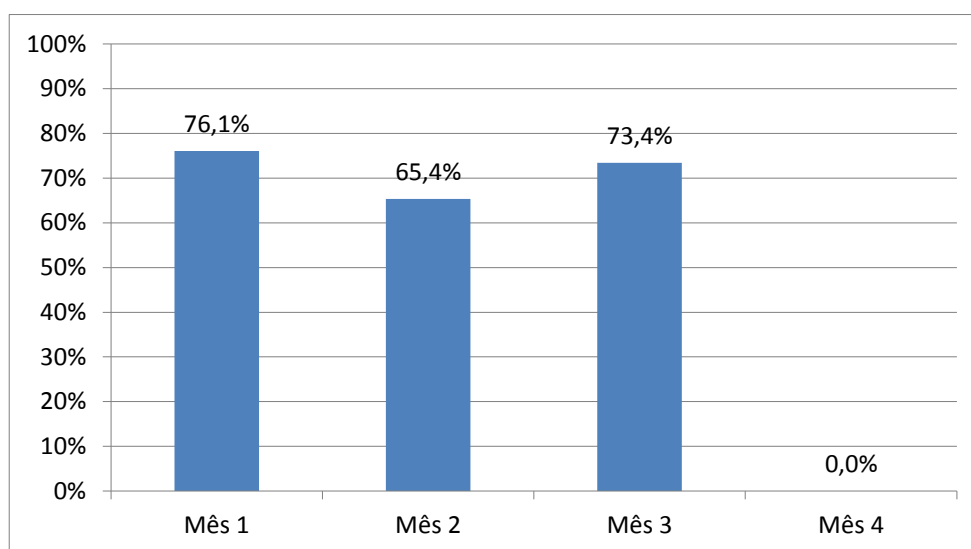


Figura 05: Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Para cumprir esta meta pretendíamos solicitar os exames complementares a 100% dos hipertensos cadastrados no programa, o que não foi cumprido. Isto porquê os exames não são realizados em nossa unidade, assim precisamos encaminhar os usuários para as unidades mais próximas, no entanto, algumas destas tiveram o serviço suspenso por se encontrar em reforma.

**Meta 2.4.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos

**Indicador 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Observamos um crescimento discreto deste indicador devido a preocupação do próprio usuário em realizar os exames e o trabalho realizado pela enfermeira e por mim, médica da equipe, para garantir em cada atendimento dos usuários diabéticos a solicitação dos exames complementares segundo os protocolos atualizados. Na minha percepção, o diabético se preocupa mais com sua saúde do que o hipertenso, pois mostram-se mais motivados nas atividades educativas e interessados em conhecer as complicações geradas pelo DM e são mais comprometidos com o cuidado da saúde o que penso contribuiu com o alcance de melhores indicadores de qualidade.

Desta forma, no primeiro mês foi possível atingir 13 diabéticos (81,3%) com exames complementares em dia de acordo com o protocolo (Figura 06), no segundo mês, atingimos 50 diabéticos (86,2%) e no terceiro mês, 71, atingindo uma cobertura de 85,5%.

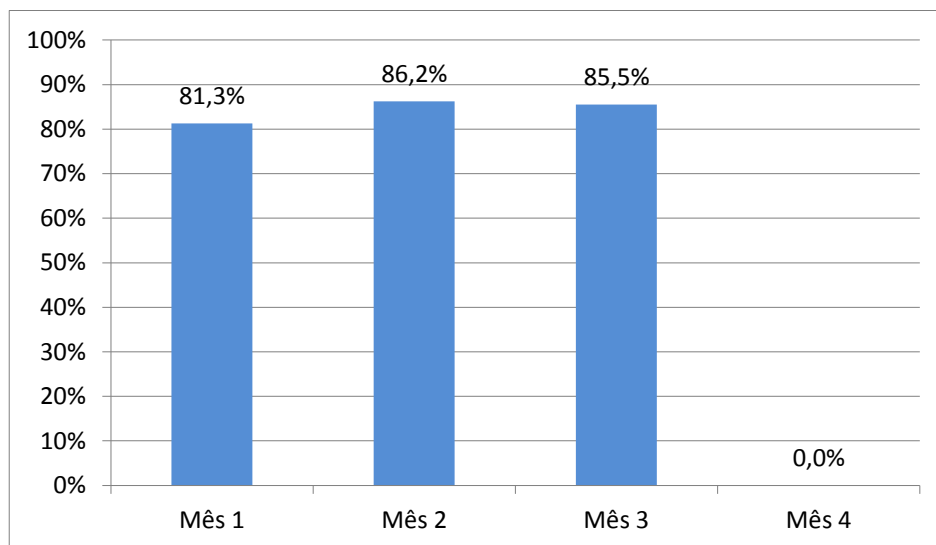


Figura 06: Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Em relação aos hipertensos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular (Figura 07), no primeiro mês alcançamos 35 hipertensos (85,4%), no segundo mês alcançamos 94 hipertensos (90,3%) e no terceiro 158 hipertensos, ou seja, 82,3% dos usuários cadastrados.

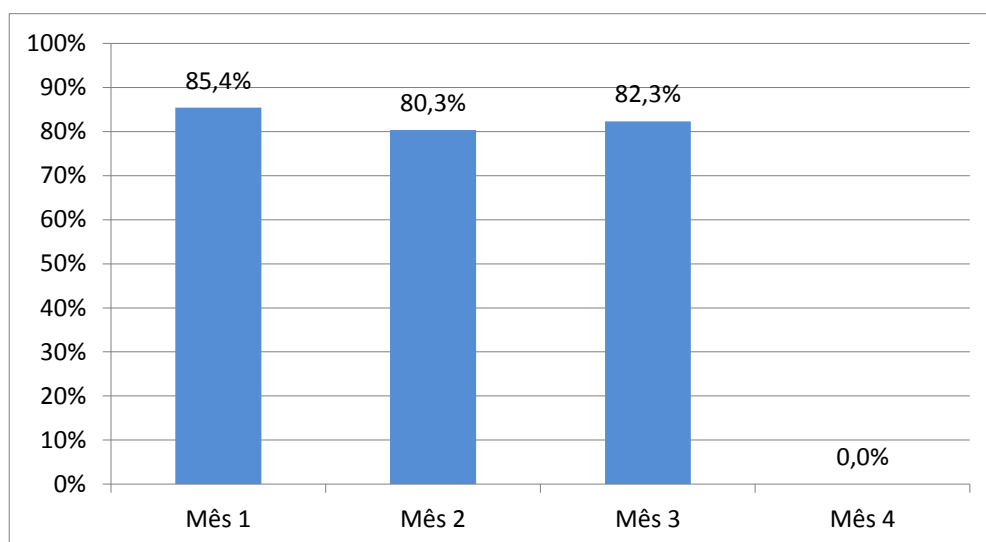


Figura 07. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.



A ação que mais ajudou no aumento deste indicador foi o estudo do consumo de medicamentos feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS, garantindo assim a maior quantidade possível de medicamentos segundo as necessidades dos usuários. O aspecto negativo, que impediu o alcance da meta proposta, foi o fato de que tem usuários que precisam de alguns medicamentos não disponíveis na farmácia da unidade para manter seus níveis pressóricos controlados.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Em relação aos diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês alcançamos 14 diabéticos (87,5%), no segundo mês, 49 diabéticos (84,5%) e no terceiro mês 67, o que corresponde a 80,7% dos diabéticos assistidos neste mês (Figura 08).

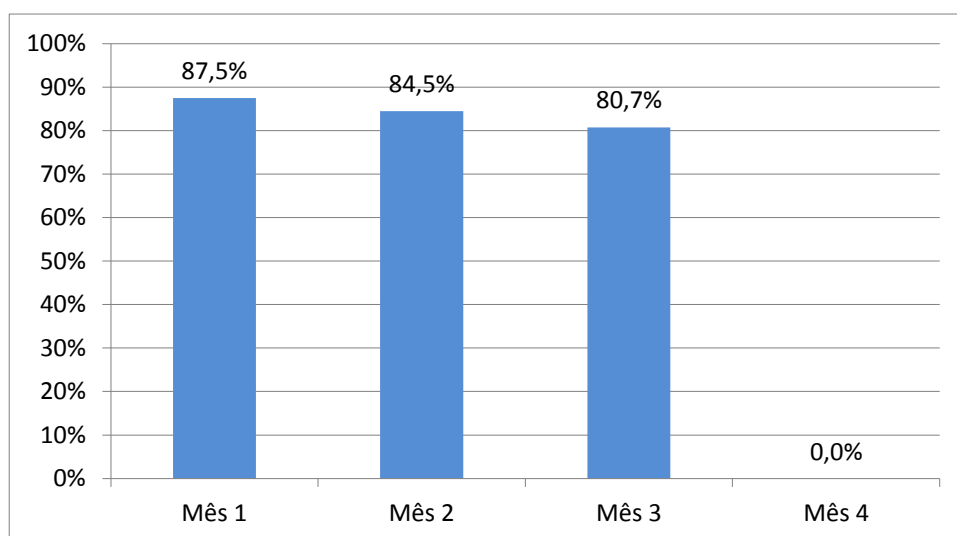


Figura 8. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A meta proposta não foi atingida, principalmente, por alguns usuários usarem medicamentos não disponibilizados na farmácia da unidade. Outro fator que também contribuiu para o não alcance da meta foi a preferência de alguns usuários em usar remédios naturais e manipulados, o que foi respeitado pela equipe, pois mantêm os níveis glicêmicos controlados.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico manteve-se muito baixa durante os três meses da intervenção, pois não possuímos este serviço na unidade (Figura 09). Desta forma, no primeiro mês nenhum usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês conseguimos avaliar 20 hipertensos (15,7%) e no terceiro mês 46 hipertensos (22,7%). Estes resultados, embora abaixo do previsto, só foi possível graças a atuação dos gestores de saúde, que proporcionaram este atendimento junto à outras unidades. Entretanto, o deslocamento dos usuários da nossa área para as outras é longo, exigindo o pagamento de condução, o que também comprometeu a ação, visto que o nível econômico da nossa população é baixo.

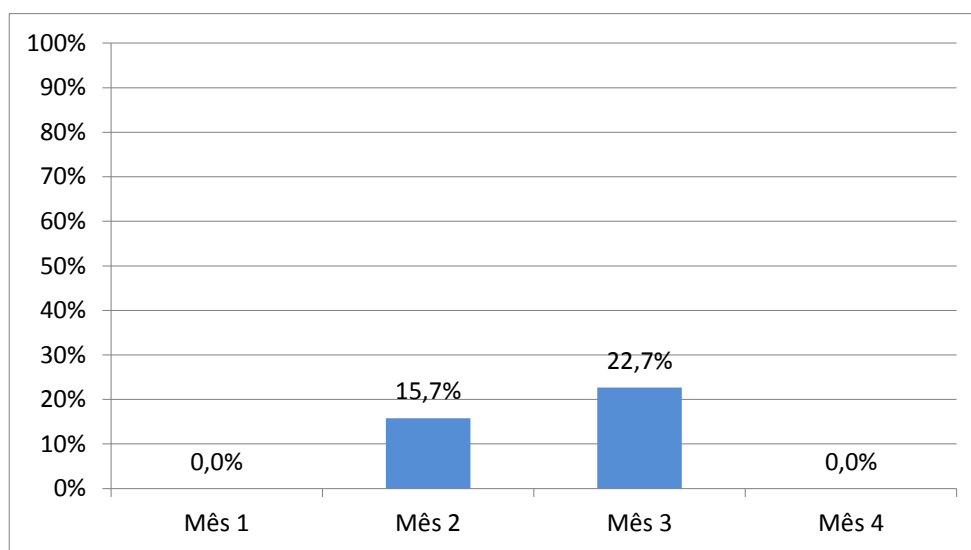


Figura 09: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

**Indicador 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Como já referida, a limitação para o atendimento odontológico dos diabéticos era a mesma enfrentada pelos hipertensos. Diante disto, no primeiro mês da

intervenção nenhum diabético foi avaliado quanto a necessidade de atendimento odontológico (Figura 10), no segundo mês, 17 diabéticos (19,3%) foram avaliados e no terceiro mês, 24 (28,9%).

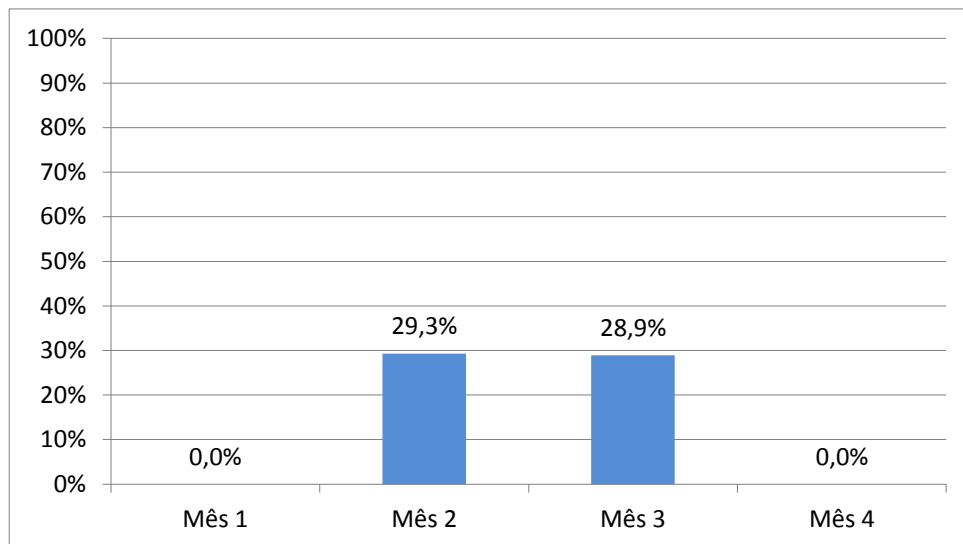


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada

**Indicador 3.1.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Acredito que devido os alagamentos e períodos chuvosos enfrentados durante a implementação do projeto, muitos usuários faltaram à consulta agendada. Entretanto conseguimos realizar busca ativa para a maioria dos faltosos (Figura 11). No primeiro mês tivemos apenas seis faltosos e realizamos a busca ativa para dois destes (33,35%). No segundo mês foi realizada a busca ativa para 35 hipertensos (89,7%) dentre os 39 faltosos e no terceiro mês buscamos 51 usuários (92,7%) dos 55 hipertensos faltosos.

O acompanhamento por parte dos agentes comunitários de saúde, que realizavam busca ativa no intuito de sensibilizar os usuários para a consulta e conhecer o motivo da falta à consulta agendada, foi a ação que mais impactou no resultado deste indicador.

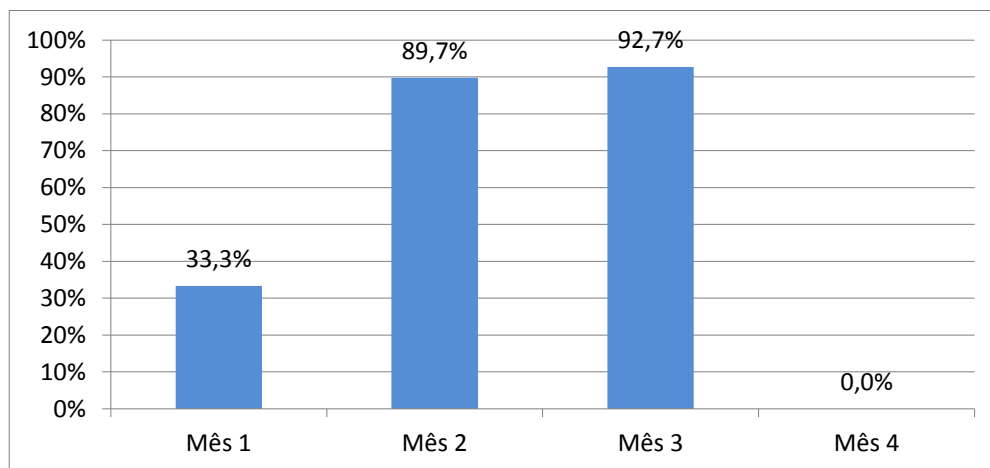


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada

**Indicador 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Em relação à busca ativa dos diabéticos faltosos à consulta agendada, alcançamos melhores resultados que entre os hipertensos, visto que buscamos 100% dos faltosos. No primeiro mês não houve faltoso à consulta, já no segundo, todos os oito diabéticos faltosos foram buscados pela equipe, assim como, os doze faltosos do terceiro mês da intervenção. O árduo trabalho dos ACS na comunidade foi essencial para alcançarmos todos os diabéticos faltosos.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento mostrou crescimento desde o primeiro mês de intervenção (Figura 12). No primeiro mês conseguimos que 37 hipertensos (80,4%) estivessem com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês atingimos 106 (83,5%) usuários e no terceiro mês, 180 hipertensos (88,7%).

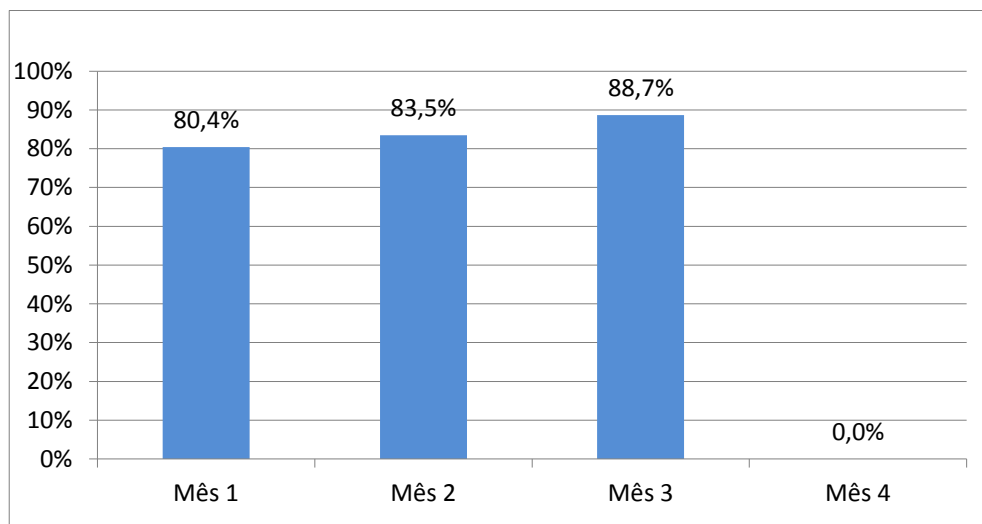


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Para alcançar este indicador contamos com o empenho dos profissionais no preenchimento adequado da ficha espelho, sendo merecido reforçar a importância da capacitação realizada no início da intervenção com os mesmos para que o preenchimento das ferramentas fosse realizado com a qualidade requerida. Entretanto, acredito que não conseguimos atingir 100%, ao final da intervenção, porque o registro era realizado por diversos profissionais e houve, em alguns momentos, erro no preenchimento das informações.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Ao que se refere aos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 13) também observamos um crescimento gradativo ao longo dos três meses, de forma que no primeiro mês garantimos o registro adequado para 12 diabéticos (75%), no segundo mês para 51 diabéticos (87,9%) e no terceiro para 75 diabéticos, ou seja, 90,4% dos cadastrados na unidade. Assim como houve com os registros do atendimento ao usuário hipertenso, o mesmo ocorreu para os diabéticos, alguns profissionais não realizaram o registro adequado, de forma que não pudemos atingir 100% dos usuários.

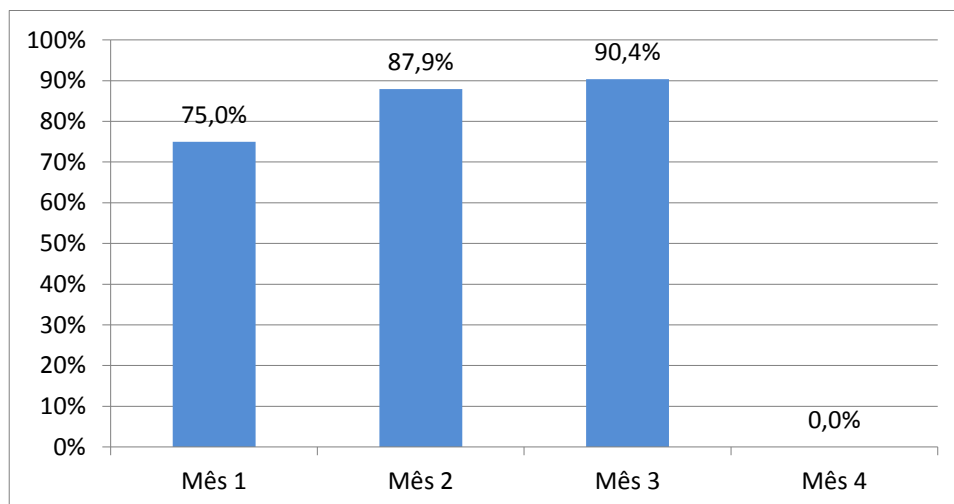


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A principal ação que contribuiu para alcançar este resultado foi a realização de capacitações utilizando materiais de apoio fornecidos pelo Ministério de Saúde e pela UFPel, durante as quais foram ensinadas as ferramentas para o preenchimento adequado das fichas. Além disso, é importante destacar, que tivemos o apoio da gestão na garantia dos impressos.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 5.1.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Podemos observar que este indicador não foi cumprido para 100% dos hipertensos (Figura 14), pois tivemos dificuldades ao avaliar alguns parâmetros dos usuários que foram assistidos em seus domicílios, embora o empenho dos profissionais tenha sido notório para assistir os usuários conforme o protocolo Ministerial. Desta forma, no primeiro mês avaliamos 37 usuários hipertensos (80,4%), no segundo mês, 92 (72,4%) e no terceiro mês 163 hipertensos (80,3%).

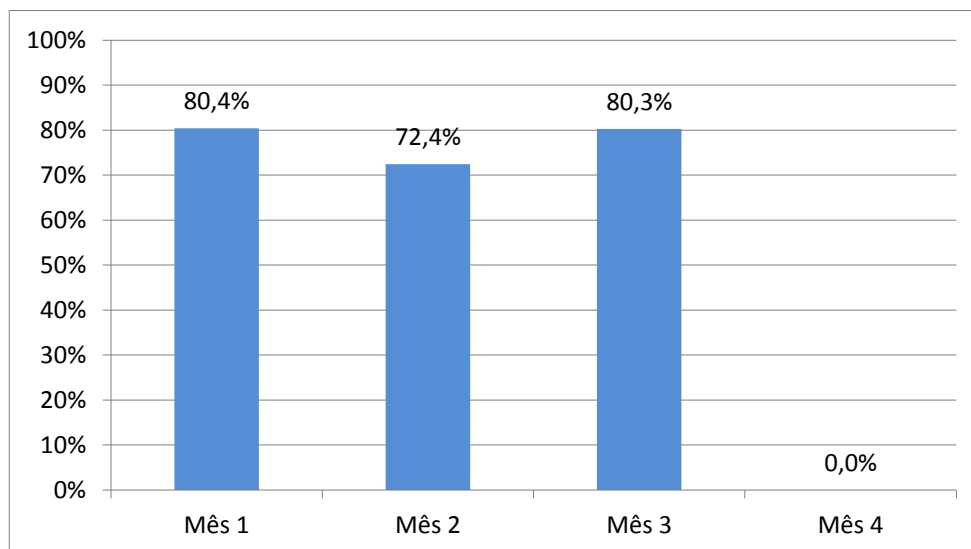


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Como aconteceu com os hipertensos, alguns diabéticos também foram assistidos no domicílio não sendo possível fazer a estratificação adequada do risco cardiovascular para estes. Desta forma, no primeiro mês conseguimos avaliar 14 usuários diabéticos (87,5%), no segundo mês, 50 (86,2%) e no terceiro mês, 74 (89,2%).

É importante destacar que para realizar a estratificação do risco cardiovascular dos usuários portadores de diabetes foram importantes as capacitações realizadas ao início da intervenção, em que contamos com todos os materiais precisos para capacitar a equipe.

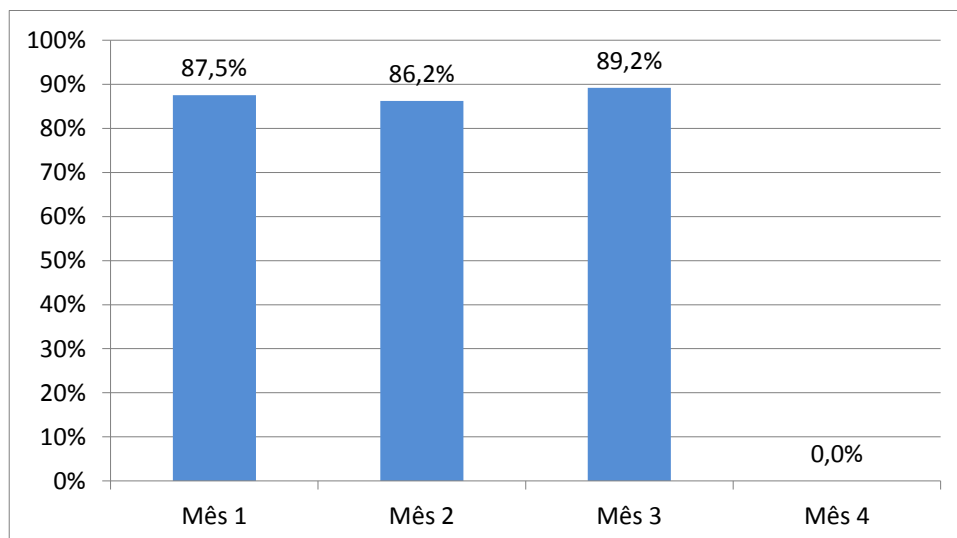


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

#### **Objetivo 6.** Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

**Indicador 6.1.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi alcançada para todos os usuários assistidos na nossa unidade durante a intervenção

Entre os hipertensos orientamos 46 usuários (100%), no primeiro mês, 127 (100%), no segundo mês e 203 (100%), no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram orientados 16 usuários (100%), no primeiro mês, 58 (100%), no segundo mês e 83 (100%), no terceiro mês.

A meta proposta foi alcançada graças ao empenho e comprometimento dos profissionais da equipe e do NASF, que forneceram orientações nas consultas, ações de saúde, visitas domiciliares, palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção.



**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos

**Indicador 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

As orientações sobre a importância da prática regular de atividade física foram fornecidas para quase todos os usuários assistidos durante a intervenção.

Entre os hipertensos, receberam esta orientação (Figura 16), 46 usuários (100%), no primeiro mês, 126 (99,2%) no segundo mês e 202 (99,5%) no terceiro mês. Só um usuário ficou sem ser orientado devido suas limitações físicas.

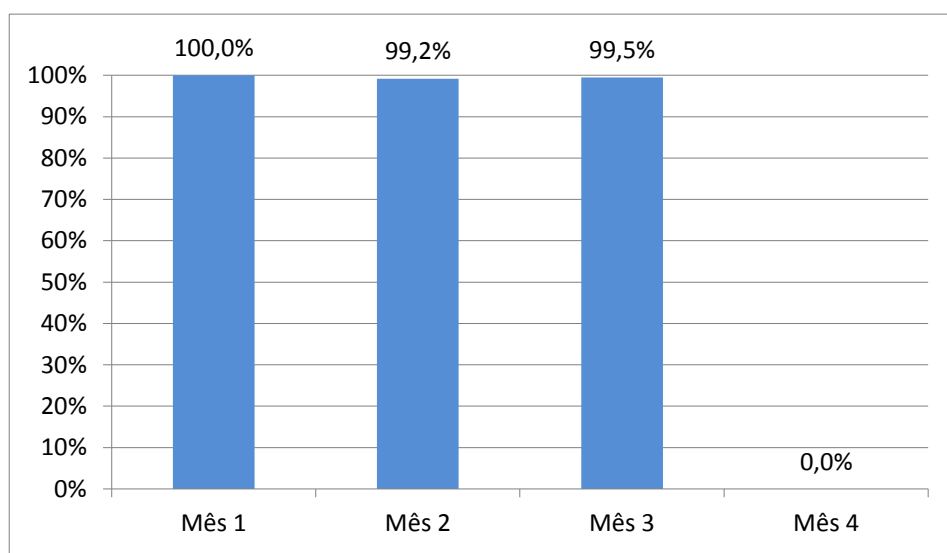


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Já entre os diabéticos, 100% dos assistidos receberam orientação sobre a prática de atividade física, ou seja, 16, 58 e 83 usuários diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção, respectivamente.

Esta meta foi cumprida graças ao trabalho feito pelos profissionais da equipe com a colaboração do educador físico do NASF que trabalhou com o grupo de hipertensos e diabéticos. Desde o início foram dadas estas orientações nas

consultas, visitas domiciliares, ações feitas na comunidade e nas palestras e conversas realizadas na UBS e nas igrejas.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Ao que se refere a orientação dos hipertensos e diabéticos sobre os riscos do tabagismo, podemos observar que quase todos foram orientados. Entre os hipertensos (Figura 17) orientamos 46 usuários (100%) no primeiro mês, 125 (98,4%) no segundo mês e 205 (99%) no terceiro mês. Vale salientar que não orientamos 100% dos usuários por termos na área uma usuária centenária que não tem fumante ao seu redor nem apresenta fator de risco para o tabagismo; em decorrência da idade consideramos desnecessário darmos este tipo de orientação e por isso demos outras que consideramos mais necessárias a usuária especificamente. Já entre os diabéticos, 100% dos assistidos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, 16, 58 e 83 usuários diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção, respectivamente.

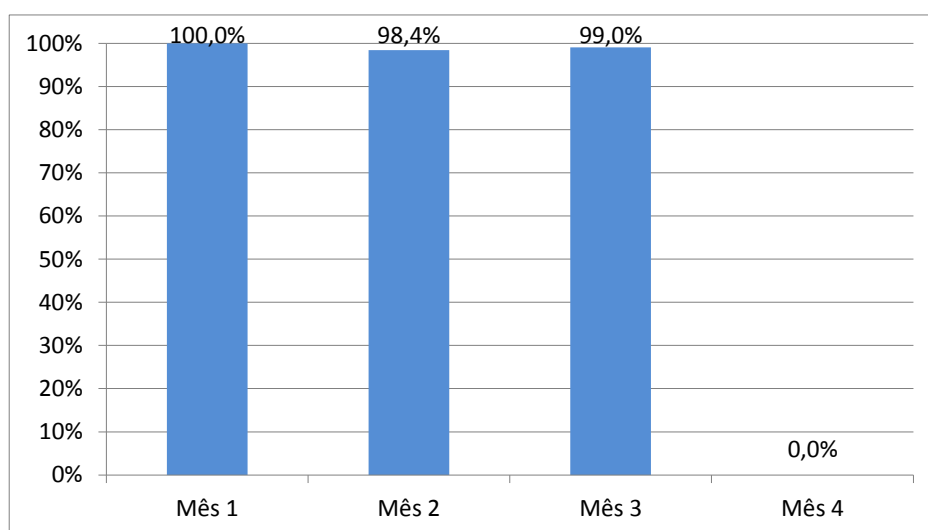


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

O resultado obtido neste indicador foi possível graças ao trabalho mútuo de todos os membros da equipe para garantir que todos os hipertensos e diabéticos recebessem as devidas orientações, buscando todo tipo de oportunidade para conversar com os usuários sobre a prática de hábitos saudáveis.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Embora não pudéssemos garantir a assistência odontológica na unidade, todos os profissionais da equipe buscaram se apropriar sobre a temática e assim orientar todos os hipertensos e diabéticos sobre a importância da higiene bucal. Desta forma, garantimos que 46, 127 e 203 usuários hipertensos recebessem orientação sobre higiene bucal no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, representando 100% dos hipertensos cadastrados no programa. Entre os diabéticos também atingimos 100% dos usuários, ou seja, 16, 58 e 83 usuários no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

Para cumprir este importante indicador como em todos os demais contamos com o trabalho e o empenho dos membros da nossa equipe para garantir que todos fossem devidamente orientados sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas nas igrejas e nas escolas da comunidade.

## 4.2 Discussão

Na UBS Pacoval antes do início da intervenção as consultas para usuários hipertensos e diabéticos eram ofertadas apenas em um dia da semana e não havia prioridade para estes usuários. Os atendimentos eram concentrados principalmente no médico, o que trazia com isso uma enorme limitação para adesão de novos usuários ao programa, já que o número de atendimentos ficava limitado na hora de elaborar a agenda e tornava-se difícil para alguns usuários marcar consulta; a maioria dos usuários, embora recebessem o atendimento na UBS, não estavam

cadastrados no Programa e os registros, em alguns casos, não existiam ou não tinham qualidade.

A intervenção na nossa UBS proporcionou a melhora da cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, maior oferta no número de consultas médicas e de enfermagem, atendimento prioritário tanto na unidade, nos domicílios e nas ações de saúde realizadas na comunidade, além de uma melhora significativa na qualidade dos registros e da atenção aos hipertensos e diabéticos. A equipe passou a avaliar adequadamente o risco cardiovascular de todos os usuários portadores de HAS e DM, o que tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento.

Apesar da melhora da cobertura, ainda temos muitos hipertensos sem cadastro, mas o trabalho continua e tenho a certeza que vamos cadastrar 100% destes usuários que precisam muito dos nossos serviços.

A intervenção permitiu a capacitação constante da equipe, seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada profissional cumpriu de forma eficiente e responsável seu papel na intervenção. Percebemos que a participação da equipe nas conversas com os hipertensos e diabéticos se maximizou em nossas agendas, assim como a priorização da demanda espontânea.

Na farmácia básica da unidade passamos a realizar o pedido de medicamentos segundo as necessidades de consumo de cada usuário, assim evitamos o excesso de medicamentos desnecessários e a falta daqueles usados pelos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Além disto, temos mantido o registro dos usuários, que retiram seus medicamentos na farmácia básica, sempre atualizados.

Com a intervenção, a comunidade passou a ficar mais bem informada sobre o Programa, os riscos que a HAS e a DM representam para a saúde e da existência dos medicamentos necessários para o controle destas doenças nas farmácias populares e das UBS. A comunidade mostra-se agradecida com o trabalho realizado junto aos hipertensos e diabéticos.

Desde o início da intervenção tivemos o cuidado de não diminuir o atendimento às outras ações programáticas para não afetar os demais usuários e não gerar insatisfações na comunidade e alcançamos resultados muito positivos

neste sentido porque mantivemos os atendimentos de todos os usuários e conseguimos motivar a população para fazer pesquisa de morbidade oculta destas doenças. A comunidade fica ciente que o trabalho feito com este grupo de usuários beneficia de modo geral a todos os habitantes da nossa área de abrangência.

A intervenção nos proporcionou também maior integração com o NASF e sua participação foi importante nas atividades educativas, atendimento psicológico de alguns usuários, orientação nutricional dos diabéticos e hipertensos.

Finalizado estes três meses, percebemos que os resultados obtidos foram muito bons, amadurecemos bastante e temos condições de superar as dificuldades encontradas, como a dificuldade de acesso aos exames complementares para a estratificação cardiovascular e da atenção à Saúde Bucal, para continuar realizando todas as ações, com foco no melhoramento a qualidade da atenção prestada. A equipe acredita que para enfrentar as referidas dificuldades é necessário o apoio dos gestores para aproximar tais serviços da população, para isto creio que é importante contratar profissionais de odontologia e intensificar as ações de capacitação das equipes.

As ações da intervenção já estão incorporadas a rotina do serviço, com a certeza de que temos melhorado o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Continuaremos ampliando a cobertura destes usuários, oferecendo à comunidade o atendimento dos ACS, da enfermeira, do médico e demais serviços da UBS baseados sempre nos princípios de respeito mútuo e amor ao próximo.

A partir dos próximos meses pretendemos investir na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos da nossa área e melhorar também a qualidade dos atendimentos das outras ações programáticas como é o caso da atenção ao pré-natal e puerpério e atenção à pessoa idosa.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezados gestores,

Eu sou a médica Dagnery Cisneros Ortiz, bolsista do Programa Mais Médicos, que atua na UBS Pacoval. Como é sabido estou fazendo o curso de Especialização em Saúde da Família e em conjunto com a equipe da referida UBS realizamos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

Durante 12 semanas, de 12 de janeiro de 2015 a 02 de abril de 2015, realizamos várias ações na unidade. Todo trabalho foi assessorado pela Universidade Federal de Pelotas, adotando quatro eixos temáticos: qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação das ações; engajamento público e a organização e gestão do serviço.

Depois de realizada a análise situacional da nossa área de abrangência em que detectamos sub-registro de informações sobre os usuários diabéticos e hipertensos e elevado número de atendimentos a hipertensos e/ou diabéticos descompensados nas consultas, escolhemos como foco da intervenção as ações voltadas para os hipertensos e/ou diabéticos para assim contribuir com o efetivo cadastramento e atendimento deste grupo.

Todas as três equipes estiveram envolvidas na intervenção, entretanto as dificuldades com os horários e locais para nos reunirmos e compartilharmos as ações planejadas comprometeram a participação igualitária de todas as equipes. Desta forma, a intervenção atingiu, principalmente, a área assistida pela equipe 021, a qual atuo. Contudo, já estamos traçando estratégias para atingir toda a área adstrita da UBS.

Iniciamos a intervenção com a capacitação de todos os profissionais segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Todo material necessário para cumprir com as ações propostas foram garantidos pela equipe e pela gestão.

Desde o início identificamos e cadastramos os hipertensos e/ou diabéticos residentes na nossa área de abrangência, ação que foi possível graças ao empenho dos profissionais da equipe; realizamos busca ativa de faltosos com o auxílio dos ACS e atendimento clínico tanto na UBS quanto nos domicílios, avaliando o risco do indivíduo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e prescrevendo exames complementares e medicamentos da farmácia popular. Saliento que toda ação foi desenvolvida sem afetar as outras ações programáticas desenvolvidas na unidade.

Além disto, realizamos ações de saúde em várias áreas de atuação, com ótimos resultados e grande aceitação da população. Para estas atividades contamos com a participação dos integrantes do NASF que nos apoiaram principalmente com as consultas de psicologia e nutrição. Isto permitiu que todos os participantes (100%) recebessem orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

No decorrer da intervenção apresentamos dificuldades que impediram que algumas ações fossem cumpridas totalmente, por exemplo, tínhamos proposto cadastrar 60% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa UBS, ou seja, 1149 e 283 usuários, respectivamente. No entanto, só conseguimos cadastrar 10,6% (203) dos hipertensos e 17,5% (83) dos diabéticos residentes na área (Figura 18), este indicador ficou muito baixo porque tivemos dificuldades com o clima que impossibilitou um pouco o trabalho na área e o tempo da intervenção foi reduzido.

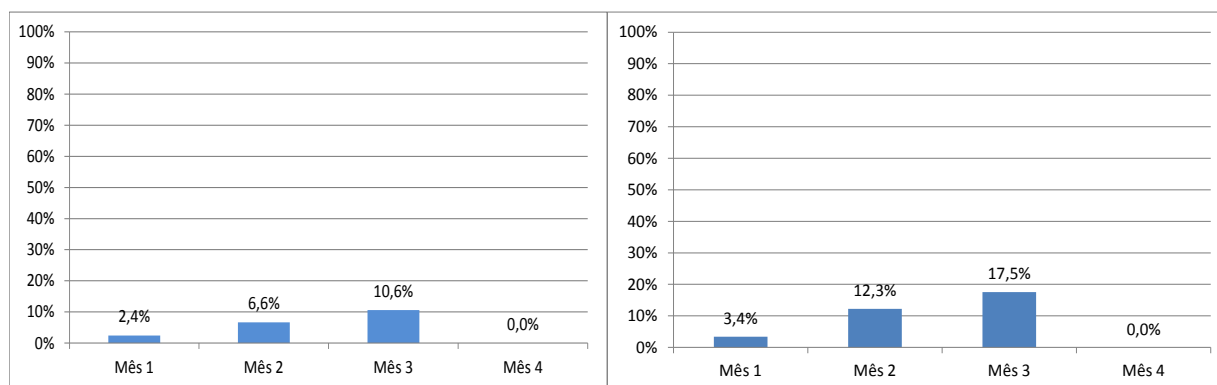


Figura 18: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos (à esquerda) e diabéticos (à direita) na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Outra dificuldade foi a falta de odontólogo na unidade que limitou a avaliação das necessidades de atendimento dos usuários. Tínhamos proposto avaliar o 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, entretanto alcançamos apenas 22,7%(46) e 28,9%(24) respectivamente (Figura 19). Entretanto, vale destacar que foi com o apoio da gestão que conseguimos estabelecer parcerias com algumas unidades do município, que possuem o serviço de odontologia, e por isso conseguimos garantir que alguns usuários fossem avaliados quanto as condições de saúde bucal. O ideal seria que nossa equipe acolhesse uma equipe de saúde bucal para melhorar ainda mais este tipo de assistência em nossa unidade.

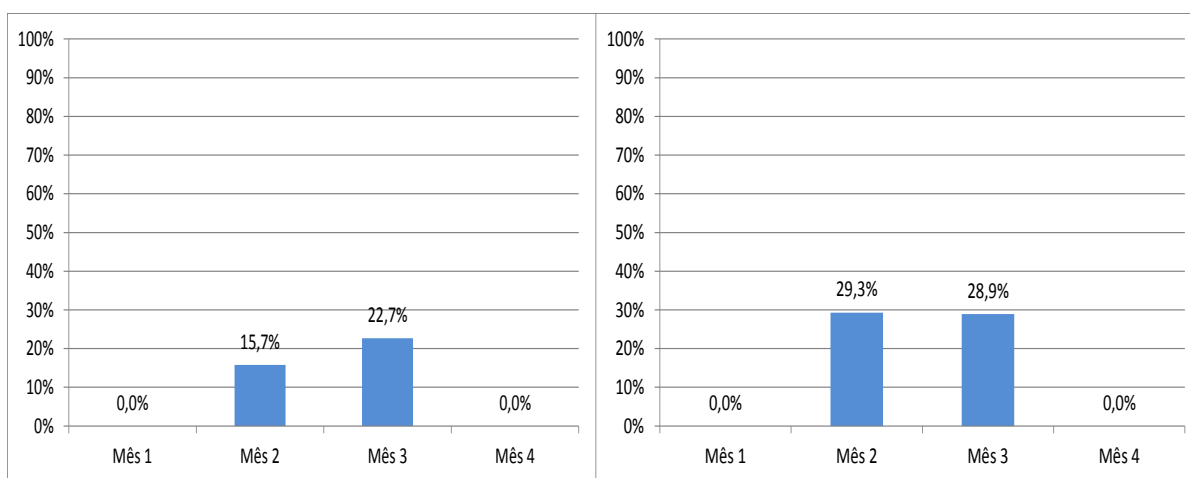


Figura 19: Gráfico do indicativo da proporção de hipertensos (à esquerda) e diabéticos (à direita) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Um indicador que não foi cumprido, mas se aproximou do proposto foi a realização dos exames complementares em dia. Nossa proposta era que 100% dos usuários realizassem seus exames, entretanto conseguimos garantir que 73,4% (149) dos hipertensos e 85,5% (71) dos diabéticos o fizessem, mesmo sem laboratório na UBS (Figura 20). Seria importante se conseguíssemos garantir a realização da coleta de material em nossa própria unidade, assim haveria maior adesão da comunidade, que não precisaria se deslocar para outras áreas.



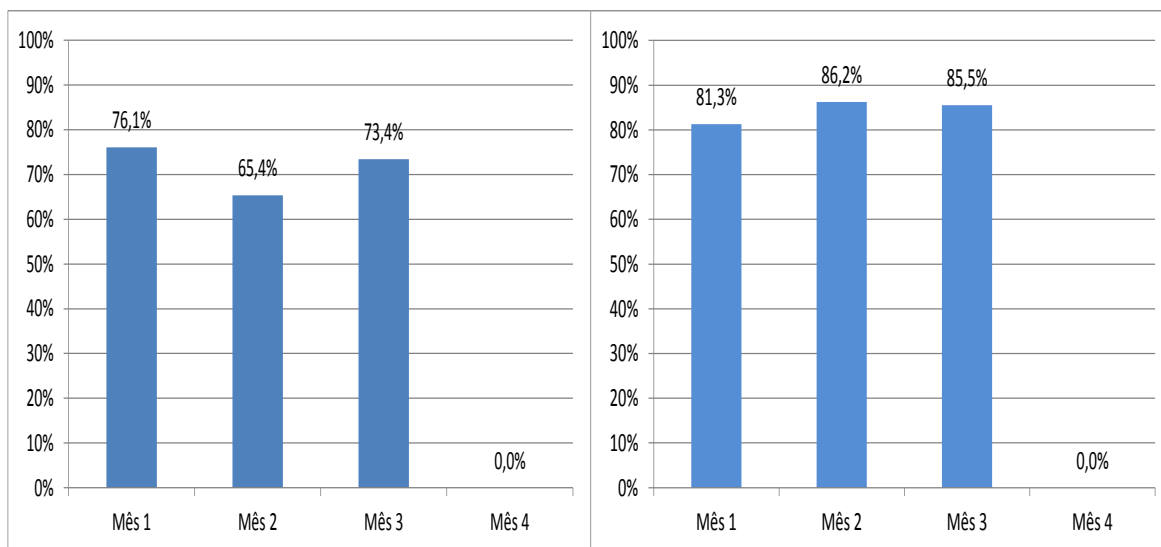


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos (à esquerda) e diabéticos (à direita) com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Pacoval, Macapá/AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Ao final destas 12 semanas percebemos que a comunidade tem se mostrado agradecida com as atividades em grupo, com as práticas de exercícios físicos e tem buscado agendar consultas para reavaliação. Tudo isto deixa a equipe muito satisfeita e crente que é preciso manter estas ações na nossa unidade. Neste processo foi muito importante a participação dos gestores na garantia de materiais e condições necessárias, que estavam fora da nossa governabilidade. Peço que este apoio se mantenha, tendo em conta que a intervenção não acaba aqui, precisaremos trabalhar para conseguirmos atingir as metas propostas, ampliar as ações para outras áreas programáticas e melhorar a qualidade da assistência prestada na unidade.

Obrigada,

Dagnery Cisneros

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Neste relatório queremos contar para você, da comunidade, como foi desenvolvida a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Pacoval, Macapá/AP. A intervenção ocorreu no período de 12 de janeiro de 2015 a 02 de abril de 2015 e foi desenvolvido pela médica do Programa Mais Médicos junto com a equipe de saúde da família correspondente.

Nossa área atende uma população de aproximadamente 12.600 habitantes, com uma estimativa de 1.916 usuários hipertensos e 473 diabéticos. Antes da intervenção, realizamos uma análise da situação da nossa unidade e observamos que poucos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes estavam cadastrados na unidade; o acompanhamento não era contínuo, até porquê havia baixa adesão ao programa e muitos não conseguiam realizar os exames complementares solicitados.

Diante disto, buscamos melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da nossa área de abrangência, estabelecendo algumas ações a serem realizadas por toda equipe, durante três meses.

Todas as três equipes estiveram envolvidas na intervenção, entretanto as dificuldades com os horários e locais para nos reunirmos e compartilharmos as ações planejadas comprometeram a participação igualitária de todas as equipes. Desta forma, a intervenção atingiu, principalmente, a área assistida pela equipe 021, a qual atuou. Contudo, já estamos traçando estratégias para atingir toda a área adstrita da UBS.

A equipe de saúde foi capacitada segundo os protocolos do Ministério da Saúde; organizou visitas domiciliares aos usuários que não podiam comparecer à unidade ou para aqueles que haviam faltado à consulta agendada; realizou atividades educativas na comunidade para informar sobre a importância de adoção

de hábitos saudáveis; identificou e cadastrou hipertensos e diabéticos, com o empenho dos ACS; realizou atendimento clínico, buscando conhecer o risco cardiovascular de cada usuário e prescrever exames e medicamentos necessários. Todas estas ações foram monitoradas semanalmente e contou com a colaboração dos profissionais do NASF.

Ao terminar a intervenção evidenciamos que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes foi cumprido. Tivemos maior adesão dos usuários ao programa e ao tratamento, o que resultou no melhor controle das cifras de pressão arterial, nos hipertensos e de glicemia, nos diabéticos. Não conseguimos atingir todas as metas propostas, mas incorporamos a atenção aos hipertensos e diabéticos à rotina do serviço, o que será mantido pelas equipes.

No decorrer da intervenção apresentamos dificuldades que impediram que algumas ações fossem cumpridas totalmente, por exemplo, pretendíamos cadastrar 60% dos hipertensos e/ou diabéticos da área, entretanto só conseguimos cadastrar 10,6% dos hipertensos e 17,5% dos diabéticos, este indicador ficou muito baixo porque tivemos dificuldades com o clima que impossibilitou um pouco o trabalho na área e o tempo da intervenção que foi reduzido de 16 para 12 semanas. Outra dificuldade foi a falta de odontólogo na unidade, que limitou a avaliação das necessidades de atendimento dos usuários, tínhamos proposto avaliar o 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS e só conseguimos avaliar 22,7% dos hipertensos e 28,9% dos diabéticos.

Um indicador que não foi cumprido, mas se aproximou do proposto foi o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia, nossa meta era atingir 100% dos usuários, conseguimos alcançar 73,4% dos hipertensos e 85,5% dos diabéticos, mesmo sem termos laboratório na unidade de saúde.

A participação da comunidade foi muito importante para o desenvolvimento da intervenção, principalmente na ajuda para encontrar os faltosos às consultas e nos permitindo usar locais da comunidade para realizar nossas atividades. Diante disto, gostaria de chamar toda a comunidade para continuar nos apoiando nestas atividades, que vão continuar, e que sem a participação de vocês não é possível realizar. Acreditamos que com vocês, será possível atingir as metas estabelecidas inicialmente e continuar melhorando o estado de saúde de todos.

Inclui umas fotos (Figura 21 a 23), a fim de que vocês possam ver algumas das ações desenvolvidas nestes meses.

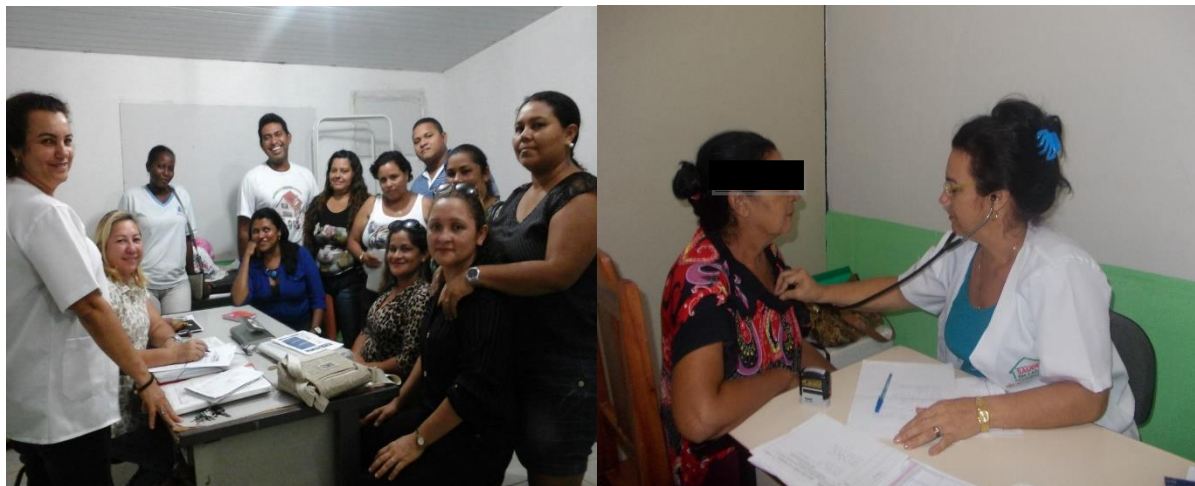


Figura 21: Equipe de saúde em momento de capacitação durante a reunião de equipe (à esquerda) e médica realizando o atendimento clínico a uma usuária (à direita) na UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015.



Figura 22: Médica e ACS da equipe realizando busca de usuário faltoso à consulta ambulatorial (à esquerda) e atendimento domiciliar (à direita) na área de abrangência da UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015.



Figura 23: Médica e ACS da equipe realizando o cadastramento de usuário hipertenso e/ou diabético da área de abrangência da UBS Pacoval. Macapá/AP, 2015.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Chegando a etapa final do curso, posso dizer que valeu a pena toda caminhada. No início tive muitas dúvidas, tinha dificuldade de entender a dinâmica do curso; de acessar o ambiente virtual de aprendizagem; apresentei problemas nas avaliações das tarefas, de forma que precisei recuperar algumas unidades de estudo e em alguns momentos quase desistir. Para mim parecia uma meta quase impossível de se alcançar. Entretanto tinha muitas expectativas, entre elas adquirir um conjunto de conhecimentos básicos sobre a saúde da família que me permitisse contribuir na melhoria do estado de saúde da população brasileira; trocar conhecimentos e experiências com profissionais de várias regiões do país e com os orientadores do curso o que seria uma grande ajuda para desenvolver o meu trabalho. Tinha certeza que o Projeto Pedagógico, com diretrizes bem definidas, seria uma ferramenta muito eficaz para o desenvolvimento do curso.

Durante as Semanas de Análise Situacional foram identificados uma série de problemas na estrutura da UBS e no processo de trabalho da equipe, que na verdade pareciam impossíveis de solucionar, mas com o decorrer do tempo a maioria foi sendo resolvida com o auxílio dos conhecimentos adquiridos no curso. A cada semana apareciam novas dificuldades e desafios, mas comecei a procurar ajuda dos meus colegas do curso, dos orientadores e da equipe e pouco a pouco iam aparecendo soluções para combater as deficiências apresentadas. Com isto a equipe ficou muito mais unida, articulada e capacitada.

Minha preparação como profissional melhorou muito com os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas e nos casos clínicos interativos, bem como com a leitura dos materiais fornecidos pelo curso e a troca de experiência com os demais

colegas. Foi possível levar uma assistência de qualidade e integral para um maior número de pessoas e solucionar a maior parte das deficiências detectadas na Análise Situacional da área.

Através deste curso pude conhecer melhor os principais desafios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que até o momento eram quase que desconhecidas para mim. Pude identificar as deficiências que tinha a UBS em que atuava e a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando à comunidade um acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. Durante a assistência pude estabelecer vínculos de confiança e afetividade com os usuários e a comunidade, estimulando a participação social no cuidado da sua saúde, da família e da comunidade. Vale salientar, que com o processo da intervenção conseguimos garantir a participação da equipe na organização dos serviços de saúde e nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principais funções da atenção básica, além do que já era realizado (diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários).

Os aprendizados mais relevantes deste curso foram os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, compreendendo e colocando em prática seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e o aprofundamento no conteúdo dos protocolos de atenção à saúde de grupos populacionais. Creio que ainda falta muito para se caminhar, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridos neste curso vamos aperfeiçoar nosso trabalho e melhorar os indicadores de saúde da nossa área de abrangência e da nossa cidade.

## Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p. : il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

## **Anexos**



## Anexo A – Planilha de Coleta de Dados

[illegible]



**Especialização em  
Saúde da Família**

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

**Anexo C- Documento do Comitê de Ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	